



RECEIVED

JUN 15 1970

WEST VIRGINIA UNIVERSITY
MEDICAL CENTER LIBRARY

West Virginia University Libraries



3 0802 102275830 4

CAGE CIRCULATE IN LIBRARY ONLY

5

DO NOT CIRCULATE



Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
LYRASIS Members and Sloan Foundation

16
Dott. MARIO DONATI

Assistente alla Clinica Chirurgica Operativa della R. Università di Torino

CHIRURGIA
dell'
ULCERA GASTRICA
e dei
POSTUMI DELLA MEDESIMA

Opera premiata

dall'Accademia Medico-Fisica e dalla Società Filolatrica di Firenze

TORINO
CARLO CLAUSEN (HANS RINCK SUCC.)

Libraio delle LL. MM. il Re e la Regina

11. Via Po. 11

1905.

Dott. MARIO DONATI

Assistente alla Clinica Chirurgica Operativa della R. Università di Torino

CHIRURGIA
dell'
ULCERA GASTRICA
e dei
POSTUMI DELLA MEDESIMA

Opera premiata

dall'Accademia Medico-Fisica e dalla Società Filoiatrica di Firenze

TORINO
CARLO CLAUSEN (HANS RINCK SUCC.)

Libraio delle LL. MM. il Re e la Regina
11. Via Po, 11

1905.

Hooked Lang
RC825
D66
1905

Proprietà Letteraria

AL MIO MAESTRO

PROF. ANTONIO CARLE^t

PREFAZIONE

L'ulcera gastrica, malattia fino a pochi anni fa esclusivamente di indole medica, e solo in seguito a particolari complicanze affidata al chirurgo, è entrata a buon diritto nel campo di quelle affezioni che interessano ad un tempo la medicina e la chirurgia.

Questa, forte dei brillanti risultati ottenuti in tante malattie addominali, ha aggredito risolutamente l'ulcera gastrica, non solo per ciò che riguarda le sue complicanze ed esiti, ma anche direttamente, cercando di guarire l'ulcera stessa e di prevenire le complicazioni.

Lo studio critico dei risultati finora ottenuti, per potere in base ad esso fissare le indicazioni e le regole dell'intervento chirurgico nell'ulcera gastrica e nei suoi postumi, è appunto lo scopo del mio lavoro. Esso tenterà, dall'analisi minuta dei fatti, rigorosamente vagliando i risultati e le ragioni degli interventi, di risalire ad una sintesi concisa che a questo campo della chirurgia valga a fissare i limiti il più esattamente possibile.

Perchè uno studio cosiffatto non riesca incompleto, credo opportuno cominciare da uno sguardo alla eziologia e patogenesi dell'ulcera gastrica: indicarne quindi la sinto-

matologia, e porne in rilievo le complicate e talune conseguenze quando sia affidata esclusivamente alla cura medica.

Infatti, prima di studiarne la chirurgia, occorre ricercare come si evolve generalmente la malattia curata con mezzi medici; indicare i pericoli dipendenti direttamente dall'affezione, e la mortalità dovuta all'ulcera od alle sue complicazioni: stabilendo così dei criteri utili come termini di confronto.

A questo studio mi onoro di portare il contributo delle operazioni eseguite dal mio Maestro Prof. Antonio Carle, che ha già dato così notevole impulso alla chirurgia dello stomaco.

Una parte delle operazioni che ci interessano sono già state riportate da Lui stesso nel suo lavoro: « Contributo alla patologia e chirurgia dello stomaco » (1); ad esse aggiungerò quelle eseguite nel Sessennio 1898-1903, esponendo le norme che il Prof. Carle segue riguardo alle indicazioni e riguardo alla tecnica.

A Lui, che mi permette la pubblicazione di materiale così prezioso, si volga l'espressione della mia gratitudine più profonda.

Torino, Aprile 1904.

MARIO DONATI.

(1) Carle e Fantino, Contributo alla patologia e chirurgia dello stomaco. *Il Policlinico* Vol. V-C. 1898, e *Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie* Bd. LVI.

CAPITOLO I.

Definizione, eziologia e patogenesi, anatomia patologica dell'ulcera gastrica

DEFINIZIONE.

Per *ulcera gastrica* si intende una perdita di sostanza delle pareti del ventricolo, la quale può interessare la sola mucosa, oppure anche gli altri strati delle pareti gastriche.

Essa è caratterizzata dalla scarsa tendenza a guarire, dalla sua cronicità e disposizione ad approfondirsi, dai caratteri anatomo-patologici che danno ad essa un'impronta necrobiotica speciale, spesso senza fatti reattivi infiammatorii di grande importanza.

L'ulcera gastrica cronica (*ulcus simplex*, *ulcus rotundum*, *ulcus chronicum*, *ulcus pepticum*) di cui abbiamo così segnati i caratteri, va distinta dal punto di vista eziologico, anatomo-patologico e clinico dalle ulcere catarrali, tubercolari, sifilitiche, actinomicotiche, dalle ulcere infine che si sviluppano nel decorso delle malattie infettive (tifo, vaiuolo, pneumonite, setticemia, difterite, erisipela, ecc.).

L'ulcera gastrica cronica semplice deve anche essere distinta da quella che il Dieulafoy descrisse col nome di « *exulceratio simplex* » (1), per quanto il Dieulafoy stesso

(1) Dieulafoy, *Exulceratio simplex*. L'intervention chirurgicale dans les hématémèses foudroyantes consécutives à l'exulcération simplex de l'estomac. *La Presse médicale* 1898, n. 6 et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* 1897-98.

ed altri autori, ad esempio il Gluzinski (1), tendano a ritenere questo il primo stadio dell'ulcera rotonda. Però, siccome per codesta trasformazione occorrerebbero certe condizioni favorevoli, e d'altra parte l'exulceratio simplex non si accompagna a sintomi clinici, nè presenta note anatomiche paragonabili a quelle dell'ulcera rotonda, ci riteniamo autorizzati a separare le due affezioni, fra le quali l'unico punto di contatto sta forse nella possibilità di copiose emorragie.

EZIOLOGIA E PATOGENESI.

La questione della patogenesi dell'ulcera gastrica è una delle più difficili e complicate; per quante teorie sieno apparse per risolverla, nessuna è riuscita a spiegare l'origine e la peculiare evoluzione della malattia, cosicchè la patogenesi dell'ulcera resta tuttora un enigma. Non mi fermerò qui a discutere tutti momenti che furono invocati, se non come determinanti, per lo meno come predisponenti dell'ulcera: il trauma, i disturbi di circolo, l'ipercloridria, lo spasmo delle pareti arteriose o muscolari, le alterazioni nel dominio del sistema nervoso. I rapporti fra ulcera e questi diversi fattori, dei quali alcuni potrebbero ritenersi piuttosto effetti o fenomeni concomitanti, anzichè causa dell'ulcera (ad es.: l'ipercloridria e lo spasmo) non sono tuttora chiariti; quanto poi al sistema nervoso, credo di essere autorizzato, per mie ricerche sperimentali (2), a negare l'influenza trofica dei nervi estrinseci. Cosicchè non userò mai il termine di « ulcera trofica » (Durante), che implica un concetto tutt'affatto teorico riguardo alla patogenesi.

(1) Gluzinski A., Ueber oberflächliche Erosionen und Exulcerationen der Magenschleimhaut und ihre Beziehungen zum runden Magengeschwür. Krakau 1900, ref. in *Centrbl. für allg. Pathologie* Bd. XXII, 1901, p. 18.

(2) M. Donati, Sulla possibilità di produrre sperimentalmente l'ulcera gastrica mediante lesioni dei nervi estrinseci dello stomaco. *Lo Sperimentale* 1904, Fasc. 2. - v. *Langenbecks Archiv* Bd. LXXIII, Heft. 4.

L'*ulcera gastrica* è malattia frequente più in certe regioni che in altre; in Italia, ad esempio, è certo più rara che in Germania ed in Inghilterra.

Secondo Ewald, in Germania il 4-5 ‰ degli individui sarebbe soggetto ad ulcera gastrica. Greenough e Joslin (1) su 13097 pazienti ammessi al Massachusettes General Hospital dal 1888 al 1898, ne trovarono 187 = 1.4 ‰ affetti da ulcera gastrica.

Io ho fatto ricerche per conoscere la proporzione delle ulcere gastriche in confronto alle altre malattie, fra gli individui accolti nell'Ospedale di S. Giovanni in Torino durante il decennio 1894-1903. Su 62598 pazienti, 90 = 1.437 ‰ erano affetti da ulcera: 49 = 0.70 ‰ erano affetti da stenosi pilorica benigna. Calcolando anche che tutte queste fossero stenosi cicatriziali da ulcera, il che non è possibile, si avrebbe una proporzione di 2.227 ‰, cifra che è tuttavia notevolmente inferiore (7-20 volte!) a quelle succitate.

In rapporto poi al *sex*, si ha che dei 62598 pazienti, 24906 erano donne e fra esse si notavano 56 casi di ulcera gastrica (non considerando naturalmente che una volta quelle che furono ripetutamente curate) e 11 casi di stenosi pilorica; rispettivamente 2.248 e 0.44 ‰. Gli uomini furono 37692 e fra essi 34 affetti da ulcera (0.90 ‰) e 38 affetti da stenosi pilorica (1 ‰). Quindi risulterebbe anche da questa statistica che, come viene generalmente ritenuto, il sesso femminile sarebbe colpito con frequenza pressochè doppia del maschile.

Quanto all'*età*, è rarissimo incontrare l'*ulcera gastrica* in fanciulli; più spesso si osserva negli adulti, e più precisamente nelle donne di solito circa a 20-25 anni e negli uomini dai 35 ai 45; non è rara in età più avanzata.

Nella nostra statistica riguardante i malati del S. Giovanni, la massima frequenza dell'*ulcera* si trova, per le donne dai 21 ai 30, per gli uomini dai 41 ai 50 anni; delle stenosi, per gli uomini dai 21 ai 30, per le donne dai 51 ai 60, come dimostra la seguente tabella:

(1) Greenough and Joslin. *American Journal of medical Science* August 1899.

ETÀ	ULGERI		STENOSI	
	Donne	Uomini	Donne	Uomini
15-20	10	2	—	2
21-30	33	6	2	8
31-40	10	8	3	7
41-50	1	7	1	7
51-60	1	—	4	7
61-70	—	—	1	6
71-75	—	—	—	1
non segnata	1	—	—	—
	56	34	11	38

A spiegare questi momenti eziologici si invocarono, a seconda dei criterii patogenetici, ora la frequenza delle nevropatie, ora quella dell'anemia nelle donne e specialmente nelle giovani; l'uso e l'abuso di certi cibi, di alcoolici, ecc. Sono però questioni tuttora incerte.

ANATOMIA PATOLOGICA.

L'ulcera gastrica è una lesione per lo più unica (80,5 % dei casi secondo Fenwick); a volte però si trovano due, e più raramente un maggior numero di ulceri nello stesso ventricolo. Frequentemente, quando esistono due ulceri, queste hanno sede una di fronte all'altra in punti opposti della parete gastrica. Sede dell'ulcera sono per lo più la parte pilorica ed il piloro: è però frequente che l'ulcera si trovi nella piccola curvatura o nella parete posteriore del corpo dello stomaco; più raramente si presenta invece nella parete anteriore, nella regione cardiaca e soprattutto alla grande curvatura.

Da ricerche che, per cortesia del chiarissimo Prof. Pio Foà, ho potuto compiere nell'Istituto Anatomico-Patologico di questa

Università, risulta che su 21 casi di ulcera gastrica venuti al tavolo anatomico dal 21 gennaio 1886 al 29 febbraio 1904 (totale delle autopsie *complete* 8060 = 2.6 ‰ di ulceri gastriche; proporzione pressochè identica a quella riscontrata fra i malati dell'ospedale [2.22 ‰], l'ulcera aveva sede:

11 volte al piloro o dintorni = 52.4 ‰ (in un caso: ulceri multiple).

3 volte alla piccola curvatura = 14,3 ‰

3 volte alla grande curvatura = 14,3 ‰

1 volta nel corpo (escluse le curvature) = 4,7 ‰

3 volte la sede non era descritta = 14,3 ‰

Quanto al sesso la proporzione in questi casi è:

Donne 11 = 52,4 ‰

Uomini 9 = 42,7 ‰

Sesso non registrato 1 = 4,7 ‰

Havvi cioè appena una leggera prevalenza del sesso femminile.

L'età oscilla da un minimo di 18 anni (donna: ulcera della piccola curvatura, perforazione) a un massimo di 76 anni (uomo: ulcera della regione pilorica, melena) [1].

Talora un'ulcera dello stomaco si accompagna ad un'ulcera del duodeno (due volte nei 21 casi dell'Istituto Anatomico-patologico di Torino), rarissimamente ad un'ulcera della porzione terminale dell'esofago.

L'aspetto è per lo più tipico, per la forma rotonda od ovale, raramente irregolare, i margini lisci, spesso tagliati a sghebo così da foggare un imbuto; di solito l'ulcera è distinta nettamente dalle parti vicine.

L'ulcera è più o meno profonda e si estende alla sottomucosa od alla muscolare, e talora fino alla sierosa; man mano si approfonda nelle pareti, le sue dimensioni si fanno

[1] Nota: Aderenze al fegato 4 casi; in uno, epatite purulenta.

Aderenze al pancreas 1 caso

Aderenze al pancreas e fegato 1 caso

Aderenze alla milza 1 caso (morte per emorragia da erosione di un vaso)

Aderenze alla cistifellea un caso.

più piccole, e ciò può avvenire gradatamente a guisa di imbuto regolare, oppure si formano dei gradini corrispondenti ai singoli strati. Il fondo è spesso di colorito bruno o nero per infiltrazioni emorragiche o depositi di sangue coagulato, e talora vi si vede la boccuccia beante di un vaso.

Le dimensioni dell'ulcera alla base dell'imbuto, cioè verso la superficie interna dello stomaco, sono varie; talora non superano quelle di una lenticchia, altre volte raggiungono 10-15 cm. di diametro. Larghezza e profondità dell'ulcera non sono però in rapporto diretto fra loro, potendo esistere ulcere profondissime e poco larghe, e altre molto estese e superficiali.

Il decorso tenuto dall'ulcera nell'approfondirsi è, infine, quasi mai verticale, ma alquanto obliquo.

Abbiamo detto che di solito l'ulcera è nettamente distinta dalle parti vicine; anche microscopicamente il passaggio fra ulcera e porzioni sane è brusco.

Se l'ulcera è recente, si può riscontrare ai margini e al fondo una leggiera infiltrazione parvicellulare che delimita la parte necrotica, e confina con gli strati sani delle pareti; se l'ulcera è antica, si trova invece una più o meno abbondante neoformazione di connettivo che tende alla cicatrizzazione.

Perigastrite. — Estendendosi l'ulcera in profondità sino alla sierosa, molte volte si stabilisce una *reazione peritoneale* con formazione di aderenze dello stomaco alla parete addominale anteriore o ad altri organi vicini: da ciò possono risultare alterazioni notevolissime nella forma del ventricolo. Questa reazione peritoneale può ritenersi di origine microbica, costituendo in questo caso l'ulcera una porta d'entrata per le infezioni; si ha allora una infiammazione più o meno circoscritta, che riesce spesso salutare, perchè il connettivo neoformato ha grande tendenza ad organizzarsi e può porre un riparo duraturo ed efficace al progresso della lesione. La *perigastrite* può essere dunque una delle conseguenze, e non infrequente, dell'ulcera gastrica.

Ulceri callose penetranti. — Il processo infiammatorio infettivo può anche limitarsi, almeno per un certo tempo,

alle pareti del ventricolo, dando luogo ad un ispessimento notevole per neoformazione di connettivo, in modo da formare una specie di tessuto calloso intorno all'ulcera, che può anche assumere le apparenze di un vero tumore. Naturalmente tra questi processi vi sono molti gradi di passaggio, ed all'*ulcus-tumor* può associarsi la perigastrite con conseguente fissazione del tumore stesso. Che se esistono antecedenti aderenze con organi vicini e l'ulcera conserva tendenza ad approfondirsi, essa finisce col penetrare negli organi stessi.

Sono questi i casi che Schwarz (1) segnala col nome di *ulceri gastriche penetranti* e Brenner (2), per la presenza di un tessuto connettivo neoformato molto fitto, designa come *ulceri callose penetranti*; la penetrazione può avvenire nella parete addominale, nel fegato, nel pancreas, nella milza, secondo la sede dell'ulcera. Le ulceri della faccia anteriore e della piccola curvatura prendono facilmente aderenze con la parete addominale anteriore, il grande epiploon, il lobo sinistro del fegato; quelle della faccia posteriore si saldano al pancreas; quelle della regione pilorica prendono aderenze col egato e colla cistifellea, e quelle della regione cardiaca aderiscono facilmente al diaframma.

L'aspetto macroscopico di codesti tumori da ulcera è talvolta cosiffatto, che al tavolo operatorio è impossibile fare la diagnosi de visu; la frequenza poi con cui si trovano nelle vicinanze ganglii ingrossati (iperplastici) fa sì che il chirurgo propenda facilmente per la diagnosi di tumore maligno. A questi errori o a questi dubbî diagnostici si debbono, come vedremo, molti gravi interventi, che si sarebbero potuti utilmente risparmiare.

L'esame microscopico è spesso il solo che può decidere della natura infiammatoria e ulcerosa del tumore.

(1) C. Schwarz, Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Therapie des penetrierenden Magengeschwürs. *Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Medicin u. Chirurgie* Bd. LXX, 1903, H. 4-5.

(2) A. Brenner, Ueber die chirurgische Behandlung des callosen Magengeschwürs. *v. Langenbecks Archiv* Bd. LXIX, 1903, Heft 3.

Perforazione dell'ulcera. — Quando il decorso dell'ulcera è più rapido e manca il tempo perchè si produca un'efficace reazione peritoneale al suo approfondirsi, le aderenze non possono più formarsi e si ha allora la *perforazione* dell'ulcera, sia nella grande cavità peritoneale, sia nella retrocavità degli epiploon. La perforazione avviene con diversa frequenza in corrispondenza della parete anteriore e della posteriore: precisamente, mentre, come vedemmo, quest'ultima costituisce una delle sedi più frequenti di ulcera, sono invece le ulcere della parete anteriore che danno il maggior contributo alla perforazione.

Brunner (1) su 320 casi di perforazione ne trovò 278 corrispondenti alla parete anteriore, 42 alla parete posteriore (7: 1); e più spesso la perforazione avviene vicino al cardias che al piloro (5: 3), con prevalenza alla piccola curvatura: è rara invece la perforazione al piloro. È probabile che questa frequenza delle perforazioni alla parete anteriore dipenda dalla maggior facilità di formarsi aderenze con gli organi vicini in corrispondenza della parete posteriore, meno mobile; mentre le perigastriti anteriori sono meno frequenti, probabilmente per la maggior mobilità della parete anteriore.

La perforazione, rotonda od ovale, rarissimamente in forma di lacerazione, a margini taglienti, è più o meno estesa a seconda dei casi, e circondata da una zona di parete per lo più ispessita e rigida: bisogna notare che a volte anche attorno al punto perforato possono esistere più o meno antiche aderenze. Il diametro della perforazione, secondo F. Brunner, è in più che la metà dei casi superiore al centimetro; d'altra parte sarebbero rarissime le perforazioni con meno di mezzo cm. di diametro, e quelle che superano 2-2,5 cm.

Come possono esistere più ulcere gastriche nello stesso ventricolo, così possono avvenire perforazioni multiple; in certi casi si tratta però di una sola ulcera che si è perforata in diversi punti. A volte un'ulcera si perfora, mentre ne esiste un'altra

(1) F. Brunner, Das acut in die freie Bauchhöhle perforirende Magen-und Duodenalgeschwür. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Bd. LXIX, 1903.

in un altro punto della parete gastrica: la statistica di Brunner (loc. cit. pag. 119) a questo proposito rileva che fra le perforazioni di ulcera gastrica che si osservano all'autopsia, un quarto o un terzo dei casi si riferiscono a ulceri che non erano uniche: vi sarebbe insomma in certi casi una malignità speciale della malattia, per cui si formerebbero più ulcere nel ventricolo e di queste una avrebbe tendenza a perforarsi più che le altre.

Questi dati tolti da autopsie hanno però poco valore e non chiariscono quale veramente sia la frequenza dell'associazione di un'ulcera non perforata con una perforata. Nell'Istituto Anatomico-Patologico di Torino ad es. su otto casi di ulcera perforata (il 38 % dei casi venuti all'autopsia) in nessuno coesisteva un'altra ulcera; e solo in un caso di peritonite da perforazione di un'ulcera duodenale, si trovò un'altra ulcera nello stomaco.

È interessante studiare le alterazioni del peritoneo, e la natura fisica, chimica e batteriologica del versamento, nei casi di peritonite da perforazione. Riserbando a più tardi lo studio batteriologico, diremo qui che le alterazioni del peritoneo variano secondo la sede della perforazione, lo stato di ripienezza o meno dello stomaco, ed il tempo decorso dal momento della perforazione stessa.

Appena questa avviene, si versa nella cavità, salvo casi eccezionali, un contenuto abnorme composto di gas, liquidi e anche solidi. Il gas si riscontra nella maggioranza dei casi e in quantità talora veramente enorme, così da trasformare la cavità peritoneale in un vero pallone; di solito però non è molto abbondante. Da principio il gas è per solito privo di odore, ma poi ne acquista uno sgradevole, per le alterazioni che subiscono le sostanze versatesi: col tempo, oltre le 48 ore ad esempio, l'odore può divenire addirittura fecaloide. In altri casi il gas anche dopo alcuni giorni è inodoro (ad esempio in un caso di Steinthal (1) dopo cinque giorni). Talora il

(1) F. Steinthal, Ueber die chirurgische Behandlung der ulcerösen Magen-und Darm-Perforation (v. *Langenbecks Archiv* Bd. XXXVII. Caso a pagina 853).

gas rappresenta il solo contenuto della cavità addominale e ciò sia perchè la perforazione ha forma di valvola che permette il passaggio esclusivamente al gas, sia perchè ad esempio il fegato aderente forma pure valvola nello stesso modo.

Ma oltre al gaz, quasi sempre si riscontra anche liquido nella cavità peritoneale, formato sia dal contenuto gastrico sia dall'essudato del peritoneo, il quale in certi casi si forma rapidamente e abbondantissimo; la quantità è, con tutto questo, diversa secondo i casi. Quanto alle proprietà fisiche, il liquido stesso è torbido, siero-purulento, o più tardi purulento; di colorito grigio o giallognolo, e se misto a sangue rossastro o bruno; è eccezionale che il sangue si trovi in quantità notevole o sia pressochè il solo liquido che si riscontra nel ventre.

L'odore del liquido è acido nella grande maggioranza dei casi. Del resto l'odore, come anche l'aspetto del liquido, sono spesso in rapporto colle sostanze ingerite dal paziente e contenute nello stomaco.

Il liquido versatosi nella cavità addominale si diffonde, poi, più o meno a seconda della quantità e della qualità; e precisamente secondo che l'apertura è più o meno ampia, che lo stomaco era molto o poco pieno, che erano commiste o no, e più o meno intimamente, parti solide al liquido stesso.

Alla diffusione maggiore o minore del liquido contribuiscono anche la presenza eventuale di aderenze pregresse, i movimenti che il paziente fa dopo la perforazione, la posizione che egli assume più volentieri; così ad esempio la grande cavità peritoneale può essere infettata attraverso l'hiatus di Winslow, anche se il versamento si era compiuto nella retrocavità degli epiploon; oppure il liquido può, al di sopra del colon trasverso e dell'omento, giungere direttamente nel bacino.

In progresso di tempo, che varia da poche ore a più giorni, il peritoneo offre evidenti le note anatomo-patologiche dell'infiammazione acuta: arrossamento della sierosa parietale e viscerale, depositi fibrinosi, raccolte limitate ascessuali o peritonite purulenta generalizzata.

Su questi fatti ha grande influenza, oltre al tempo decorso

dalla perforazione, la virulenza del materiale versatosi e la sua diffusione nella cavità peritoneale. Le anse intestinali si fanno meteoriche, arrossate, più o meno conglutinate fra di loro e aderenti al peritoneo parietale.

La peritonite non è la conseguenza necessaria della perforazione; come vedremo fra breve, la virulenza del contenuto gastrico è di solito scarsa, probabilmente per il tasso elevato di acido cloridrico di regola in esso contenuto; e la peritonite conseguente alla perforazione di un'ulcera gastrica sembra dipendere più dalla quantità del versamento e dalla rapidità con cui si diffonde nella sierosa, che non dalla virulenza del contenuto gastrico (Richardson) (1).

In certi casi lo stomaco ha bensì contratto aderenze con la volta diaframmatica, con la parete addominale, con il colon trasverso, con la vescichetta biliare ecc., ma queste aderenze non sono tali da impedire il progresso dell'ulcera perforante: allora possono aversi perforazioni nella pleura o nel pericardio, fistole gastriche spontanee, fistole gastrocoliche, fra stomaco e tenue, comunicazioni fra stomaco e cistifellea: si sono osservate persino perforazioni nelle vie urinarie. Nello stesso modo, per un identico meccanismo, si osservano perforazioni della vena splenica, della renale, dei vasi pancreatici e splenici, dell'arteria epatica, ed anche del cuore stesso, con morte immediata.

Altre volte le aderenze preformate all'intorno di un'ulcera, se non valgono ad impedire la perforazione, evitano però la peritonite generale; si ha cioè un focolaio più o meno esteso di peritonite localizzata che clinicamente come vedremo, decorre, per lo più in modo subacuto o cronico e può essere sierofibrinosa o purulenta; nel primo caso, l'essudato dopo un certo tempo si riassorbe e non residuano che aderenze fitte, variamente disposte (*perigastrite conseguente a perforazione di un'ulcera*); nel secondo caso, si ha un ascesso saccato (ad es. un *ascesso perigastrico*), che può poi venire in tutto o in parte riassorbito, oppure perforarsi nella grande

(1) Richardson. Remarks upon the diagnosis and surgical treatment of perforated gastric ulcer. *Philadelphia medical Journal* 1900.

cavità peritoneale (1), o nella pleura (2), nel polmone (3), nell'intestino, all'esterno, ecc.

Ascesso subfrenico. — Sede frequente degli ascessi consecutivi a perforazione di un'ulcera è lo spazio fra stomaco e diaframma [*ascesso subfrenico*]. La stessa origine hanno certi ascessi che si possono sviluppare nei visceri, ad esempio nel fegato.

L'ascesso che consegue a perforazione della faccia posteriore del ventricolo dietro al legamento gastroepatico o al gastrocolico ha sede nella retrocavità degli epiploon. Talvolta questa è occupata solo in parte dal pus e si hanno allora raccolte escusivamente retrogastriche, oppure raccolte della loggia sottoepatica (Heaton) (4) o della loggia perisplenica (Jones) (5), senza contare tutti i gradi di passaggio che in realtà possono riscontrarsi.

Ma codesti non sono i veri ascessi subfrenici, che comprendono (ben inteso quando derivano da ulcera gastrica) le raccolte situate nella loggia interepato-sottodiaframmatica sinistra (fra il diaframma, il lobo sinistro del fegato, e una porzione varia della faccia anteriore dello stomaco); eccezionalmente in quella destra (Landry, Grüneisen).

Spesso questi ascessi derivano da quelli sunnominati della cavità retrostomacale, perisplenica, e sottoepatica, e si hanno così delle raccolte sottodiaframmatiche in comunicazione con tutta o con una parte della retrocavità degli epiploon.

D'altra parte una raccolta dello spazio subfrenico sinistro

(1) Anderson, Perforated gastric ulcer. *The Lancet* 1899, Vol. I, pag. 902.

(2) Maclaren, *British medical Journal* 1894, Oct. 10, p. 864.

(3) Grüneisen, *Archiv f. klin. Chirurgie* Bd. LXX, caso 33. — Monod, Pyothorace sous-phrénique; perforation du diaphragme. *Bulletin de la société de chirurgie* 1897, p. 735.

(4) Heaton, Five cases of perforated gastric ulcer treated by abdominal section and suture with remarks on the treatment and prognosis of three cases. *British medical Journal* 1902, July 12.

(5) Jones, Two cases of operation for perforating gastric ulcer. *British Medical Journal* 1899, I. p. 962.

può scendere lungo il colon discendente fino nel bacino, come si è visto avvenire dei liquidi fuorusciti dal ventricolo subito dopo una perforazione acuta.

Gli ascessi subfrenici, per la prima volta descritti da Leyden (1), furono poi oggetto di molti lavori: Liermann (2), Debove et Rémond (3), Leroy des Barres (4), Fenwick (5), Landry (6), Geroulanos (7), Lejars (8), ecc. ecc., ne hanno descritto esempi in rapporto con un'ulcera gastrica; come è noto infatti, gli ascessi subfrenici possono avere diversa eziologia.

Lejars ad esempio li divide in « ascessi non gazzosi », « ascessi gazzosi » (piopneumotorace subfrenico di v. Leyden) « ascessi retroperitoneali ». La prima categoria avrebbe come causa un trauma nell'ipocondrio, o una suppurazione ossea (delle coste), oppure un'affezione della milza o del fegato (cisti idatiche, ascessi, infarti, colecistite ed angiocolite suppurata) o dell'appendice; infine si tratterebbe di ascessi metastatici, in soggetti colpiti da tifo, dissenteria, foruncolosi, angina, enterite, ecc.

(1) Leyden, Ueber Piopneumothorax subphrenicus. *Zeitschrift f. klin. Medicin* I. 1880. p. 320. — Leyden u. Renvers, Ueber Pyopneumothorax subphrenicus und dessen Behandlung. *Berliner klin. Wochenschrift* 1892, n. 46

(2) W. Liermann, Zur Casuistik der subphrenischen Abscesse nach Ulcus perforatum ventriculi. *Deutsche medicin. Wochenschrift* 1892, p. 163.

(3) Debove et Rémond. Des abcès gazeux sous-diafragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac. *Gazette des hôpitaux* 1890, n. 124.

(4) Leroy des Barres, Ouverture de l'estomac dans une poche sous-diaphragmatique. *Bulletin de la Société anatom.* 1897, p. 358.

(5) Fenwick, Perigastric and periduodenal abscess. *The Edinburgh Medical Journal* April 1900, p. 318.

(6) Landry, Ulcer de l'estomac avec abcès sousdiaphragmatique. *Bulletin de la Société anatom.* 1899, 22 Déc.

(7) M. Geroulanos, Zur Kenntniss der nach Perforation eines Magengeschwürs auftretenden abgekapselten Intraperitonealabscesse. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Bd. XXXIX, 1898, p. 303.

(8) F. Lejars, Les suppurations de la zone sous-phrénique. *Semaine médicale* 1902, p. 97.

L'ascesso subfrenico gazofo o piopneumotorace subfrenico ha pure una eziologia multipla, ma per lo più succede ad una perforazione gastrica o intestinale, ad una comunicazione con un bronco, ecc. La forma più comune è però quella da perforazione di un'ulcera, eccezionalmente di un carcinoma del ventricolo; secondo Finkelstein (1) anzi, il 26, 6 % degli ascessi subfrenici sarebbe in rapporto con una lesione del ventricolo. Eccezionalmente il piopneumotorace subfrenico contiene gaz per sviluppo spontaneo dovuto a speciale virulenza dei microorganismi, oppure il gas deriva dal polmone per perforazione dell'ascesso in questo.

Finalmente, gli ascessi retroperitoneali sarebbero per lo più d'origine pericecale (appendicite); più raramente si tratta di perinefrite, di ascessi o cisti idatiche suppurate del margine posteriore del fegato, di pancreatiti suppurate ecc. Ma può anche osservarsi un'invasione secondaria della loggia retroperitoneale (spazio retroperitoneale che si continua, dai due lati, con la guaina perirenale fino nella fossa iliaca, o nel bacino) per opera di un ascesso sottodraframmatico di origine gastrica (Lennander (2), pag. 102).

Questa divisione del Lejars sembra però a noi, come già al Grüneisen (3), non esatta, in quanto basta dividere gli ascessi subfrenici in *retro* od *extraperitoneali* e in *intraperitoneali*, ai quali quelli gasosi precisamente appartengono.

Non tutti del resto, gli ascessi subfrenici d'origine gastrica contengono gas (due, ad es., su nove dei casi di Grüneisen ne erano privi): però di solito il pus è gasoso, fetido, di odore acre, più o meno commisto a residui alimentari: d'altra parte, come, ad es. in un caso di Grüneisen, la cavità può essere riempita quasi esclusivamente da gas, con quantità di pus minima.

(1) Finkelstein, Zur Pathologie und Therapie der subdiaphragmatischen Abscesse. *Centralblatt f. Chirurgie* 1899, p. 250.

(2) K. G. Lennander, Ueber die Behandlung des perforierenden Magen- und Duodenalgeschwürs. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie* Bd. IV, 1898.

(3) Grüneisen, Ueber subfrenische Abscesse, loc. cit. in *Archiv f. klin. Chirurgie* Bd. LXX, 1903, p. 175.

I limiti dell'ascesso variano secondo la sede, come si è detto. Per lo più l'ascesso subfrenico sinistro è limitato in alto dalla parte sinistra del diaframma; a destra dal legamento sospensore del fegato più o meno spostato; in basso dal lobo sinistro del fegato, dallo stomaco, dalla milza, e dal colon trasverso che è aderente alla parete addominale; e infine in avanti dalla parete addominale. La massima importanza nella formazione dell'ascesso subfrenico è dovuta allo stabilirsi di aderenze fra colon trasverso e parete addominale. Come Grüneisen ha fatto notare, il forte meteorismo dopo la perforazione impedisce l'estendersi della peritonite e favorisce il localizzarsi della suppurazione, in casi in cui precedenti aderenze manchino, tra colon trasverso, fegato, stomaco e parete addominale: per questo meccanismo, intestino ed epiploon vengono applicati contro la parete addominale, e le aderenze possono egualmente compiersi abbastanza presto. Anche v. Leyden dà importanza al meteorismo rapido ed intenso per impedire l'estensione in basso del versamento gastrico.

Dobbiamo infine menzionare una varietà d'ascesso subfrenico che non deriverebbe direttamente dalla perforazione, ma rappresenterebbe una localizzazione tardiva di una peritonite generale (Geroulanos), nel senso che dopo riassorbimento oppure asportazione operatoria dell'essudato al di sotto del colon, rimangono ancora sotto la volta diaframmatica dei germi che dopo alcun tempo portano alla formazione di un focolaio purulento (Grüneisen).

La complicazione più importante e più frequente (46 volte su 60 casi [Grüneisen] dell'ascesso subfrenico è l'infezione della pleura, che per lo più avviene per la via retroperitoneale, e quindi retropleurale, oppure per passaggio diretto di batteri attraverso i linfatici del diaframma [Burkhardt (1)]; senza contare i casi già accennati di perforazione diretta

(1) Burkhardt, Ueber Kontinuitätsinfection durch das Zwerchfell bei entzündlichen Processen der Pleura. *Beiträge z. klin. Chirurgie* Bd. XXX, 1901, p. 731.

e quelli rari in cui la infezione è di origine metastatica per la via sanguigna.

Come nella pleura, anche nel pericardio possono avverarsi in questo modo, per conseguenza di un ascesso subfrenico, tutte le forme di infiammazione, dalla sierosa alla purulenta. Così in un caso di Lennander (IV°) la paziente soccombette ad una pericardite purulenta, due mesi e tre settimane dopo operata di un ascesso subfrenico, dopochè già da tre settimane era stata dimessa come guarita. Altre volte si tratta di forme adesive con scarso versamento.

Anche il peritoneo può divenire secondariamente sede di una infiammazione sierosa o siero-fibrinosa più o meno diffusa.

Ascessi intraperitoneali al di fuori dello spazio subfrenico. — L'eziologia degli ascessi intraperitoneali al di fuori dello spazio subfrenico è identica a quella degli ascessi subfrenici; il versamento è però avvenuto nella grande cavità peritoneale e solo più o meno tardivamente la suppurazione si localizza in diversi punti e specialmente in regioni declivi, come le regioni lombari, quelle iliache, il piccolo bacino, dove si raccoglie facilmente il contenuto gastrico. Altri ascessi possono formarsi in sedi varie fra le anse intestinali, per aderenze ivi stabilitesi.

Esito di questi ascessi, talora di dimensioni notevolissime [Wiesinger (1)] può essere la perforazione spontanea nell'intestino (tenue, retto), nella vescica, nella cavità peritoneale stessa, oppure il riassorbimento spontaneo.

Ascessi perigastrici. — Come si è già accennato, gli ascessi perigastrici sono raccolte circoscritte in immediata vicinanza del ventricolo, che si formano quando la perforazione avviene in uno spazio delimitato da aderenze pregresse, oppure quando la perforazione avviene lentamente con versamento piccolissimo che presto viene circoscritto da aderenze.

(1) Wiesinger. Ein Fall von Magenperforation mit allgemeiner Peritonitis. *Deutsche medicin. Wochenschrift* 1902. p. 82.

L'ascesso perigastrico ha sede diversa a seconda della sede dell'ulcera che si perfora: frequentemente si trova un ascesso all'epigastrio o alquanto più in basso in corrispondenza della parete anteriore del ventricolo sotto le pareti addominali, ancora o no in comunicazione con la cavità dello stomaco; altre volte l'ascesso si trova fra lo stomaco ed il fegato oppure fra lo stomaco ed il pancreas; altre volte la cavità è posta fra fegato, stomaco e pancreas [Salzer (1)].

L'ascesso perigastrico può riassorbirsi in tutto o in parte, oppure può perforarsi nel peritoneo [Furner (2)] o all'esterno.

Contenuto in germi e virulenza dei liquidi versati. — Questo argomento si riferisce tanto alle forme generali che a quelle localizzate di peritonite per perforazione.

Esso ha grande importanza perchè la perforazione può avvenire in circostanze affatto diverse, secondo che lo stomaco è più o meno pieno e secondo la qualità del contenuto: e un fattore da non trascurarsi nel caso speciale dell'ulcera gastrica è la presenza dell'ipercloridria.

Il problema è stato studiato recentemente e diffusamente da C. Brunner, ai cui lavori ci riferiremo in questa trattazione (3).

Bisogna anzitutto notare che il contenuto batterico dello stomaco sano è diverso da quello che si riscontra rispettivamente nei casi di ipercloridria e di ipo- od anacloridria.

(1) In v. Hacker, *Wiener klin. Wochenschrift* 1895, n. 36, p. 636. Caso 2.

(2) W. Furner, Notes of three cases of perforated gastric ulcer showing complications etc. *The Lancet* 1898, 31 Dec., p. 176. Caso 1.

(3) C. Brunner, Klinische Beobachtungen über Aetiologie und chirurgische Therapie der Magen-Duodenumperforationen und Magenperitonitis. *Brunn's Beiträge zur klin. Chirurgie* Bd. XXXI, p. 740. — Weitere klinische Beobachtungen über Aetiologie und chirurgische Therapie der Magenperforation und Magenperitonitis. Die bisherigen Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung der Magenperitonitis. Id. Bd. XL, p. 1. — Experimentelle Untersuchungen über Aetiologie und chirurgische Therapie der durch Mageninhalt bewirkten Peritonitis. Id. Bd. XL, p. 24.

Secondo Miller (1) i batteri che si trovano nel ventricolo sono portati con il nutrimento, ma in parte deriverebbero anche per via reflua dall'intestino: grande importanza ha lo stato di pulizia della bocca e lo stato di sanità o meno dei denti.

Lo stafilococco piogene aureo, il *bacterium lactis aerogenes*, vegetano nello stomaco anche sano: così pure possono trovarsi il bac. subtilis, il piociano, il micr. aurantiacus, lo stafilococco albo, sarxine ecc.

Ora è certo che nel succo gastrico un'azione antibatterica è esercitata dall'acido cloridrico, e che à quindi importanza la quantità di acido cloridrico secreto nell'unità di tempo. Quest'azione però varia non solo in rapporto alle diverse specie microbiche, ma anche secondo la qualità delle sostanze che vengono introdotte nel ventricolo: e specialmente diminuisce a contatto con le sostanze albuminoidi e coi peptoni (Kabrehl, Hamburger), di modo che quasi tutti i batteri possono in certe circostanze passare indisturbati dallo stomaco al duodeno. Ad esempio, nelle perforazioni di uno stomaco sano (ferite), se questo è vuoto, possono uscire i batteri inghiottiti con la saliva (streptococchi ad es.) indisturbati dall'acido cloridrico: così pure microrganismi inghiottiti al principio di un pasto con il cibo e la saliva, possono, avvenendo in questo momento la perforazione, fuoruscire intatti. Cibi che abbiano dimorato nello stomaco per circa mezz'ora, sono già esposti all'azione disinfettante dell'acido cloridrico.

Quanto agli stati patologici del ventricolo, esistono in questo press'a poco le stesse varietà di microrganismi che allo stato sano; solamente essi sarebbero aumentati di numero (Rosenheim). Secondo Minkowsky, si troverebbero i più pericolosi e resistenti nei casi in cui esiste un ostacolo allo svuotamento del ventricolo (dilatazione gastrica con ristagno).

Nel caso speciale dell'ulcera gastrica, secondo Kaufmann (2), l'acido cloridrico, pur essendo in eccesso, non

(1) Miller, Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Leipzig 1892.

(2) Kaufmann, Beitrag zur Bakteriologie der Magengährungen. Berliner klin. Wochenschrift 1895.

riesce, pel ristagno del contenuto gastrico, a impedire lo sviluppo dei microrganismi.

La scarsità delle ricerche in proposito indusse C. Brunner ad alcuni esperimenti intesi a stabilire quale importanza abbia il succo gastrico nella produzione della peritonite per perforazione. Egli studiò, con questo concetto, l'effetto dell'iniezione di quantità varia di contenuto gastrico di soggetti normali, ipercloridrici e anacloridrici nel peritoneo di conigli, e poté rilevare che, coeteris paribus, il contenuto gastrico è indubbiamente meno infettante quando havvi presenza di acido cloridrico che allorquando questo manca: nei disturbi gravi di motilità associati a ipercloridria, si trovano anche germi in minor numero che quando siano uniti ad anacloridria.

Hanno pure molta importanza la grande quantità di contenuto gastrico che si versa e il modo con cui i batteri patogeni sono sospesi nel contenuto stesso.

Le ricerche compiute sugli essudati peritoneali in casi di ulcera perforata hanno infine per noi un grande valore. C. Brunner ha riunito a questo proposito i risultati di 22 osservazioni, di cui 6 proprie, ed ha trovato che nella grande maggioranza dei casi si tratta di multiple o di doppie infezioni, raramente di una sola specie infettante. Infatti furono riscontrati: streptococchi 9 volte (7 volte in infezione mista); pneumococco 4 volte, sempre associato ad altri microorganismi; bacterium coli 10 volte, di cui 9 commisto ad altri; stafilococco piogene aureo 3 volte, sempre in infezione mista; infine, altre specie meno importanti (b. subtilis, b. mesentericus); 2 volte le colture rimasero sterili.

Emorragie. — La conseguenza e, spesso, la complicità più frequente dell'ulcera gastrica è l'emorragia: noi trascuriamo qui il lato semeiologico della questione, cioè con quanta frequenza l'emorragia si manifesti con sintomi clinici evidenti (ematemesi o melena), e non facciamo che accennare al fatto anatomico della possibilità, certo più frequente di quel che non appaia clinicamente, che l'ulcera dia luogo ad emorragie. Queste possono essere piccole e ripetute, oppure così abbondanti da essere causa di morte immediata.

Il sangue versatosi nel ventricolo, da una vena o da una arteria che l'ulcera abbia corrosa, permanendo nel viscere a contatto coi succhi gastrici, assume ben presto una colorazione nerastra come fondo di caffè; solo in certi casi, per la rapidità con cui avviene l'emorragia, il sangue non ha tempo di subire questa trasformazione prima di venire emesso col vomito. Se il sangue fuoriesce in scarsa quantità, o passa direttamente nell'intestino perchè l'ulcera è vicina al piloro, subisce nell'intestino stesso ulteriori modificazioni e le feci divengono nere.

Il vaso che dà luogo all'emorragia può essere un'arteria, una vena o un capillare, come dimostra la statistica di Savariaud (1). Le emorragie arteriose sono di gran lunga più frequenti; infatti su 47 casi si avevano

- 34 lesioni arteriose,
- 4 lesioni venose,
- 2 lesioni di vasi indeterminati,
- 4 volte non si vedeva una boccuccia vasale beante,
- 3 volte non si accennava al vaso leso.

Ma è molto probabile che emorragie capillari avvengano con grande frequenza e ripetutamente dalla superficie ulcerata, spesso così vasta.

La gravità dell'emorragia può essere indipendente dall'ampiezza del vaso che l'ulcera ha corrosa, spesso osservandosi all'autopsia di individui morti di emorragia fulminante che il vaso colpevole è addirittura microscopico.

La corrosione del vaso avviene in diversi modi, ma per lo più su un punto limitato della parete anzichè su tutta la sua circonferenza: l'emorragia dipende essenzialmente dalla maggiore o minore contrattilità delle pareti arteriose che, ritraendosi, possono permettere la formazione del coagulo.

Il coagulo poi si organizza e l'emorragia può anche non ripetersi; quando invece la superficie vasale ulcerata è molto estesa e la retrazione delle pareti non è sufficiente, l'emorragia continua finchè la pressione sanguigna cessa di essere

(1) Savariaud, De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical. Thèse de Paris 1898.

abbastanza alta, finchè insomma il malato è caduto in profonda anemia.

Abbiamo già studiato per quale meccanismo possa avvenire la perforazione di un grosso vaso che normalmente non sia in rapporti di assoluta contiguità col ventricolo, come l'arteria epatica, la splenica, la renale, la mesenterica inferiore, un'arteria pancreatica ecc. e persino l'aorta. E così si dica delle vene.

Cicatrici. — L'ulcera può guarire; e allora si formano di solito nelle pareti gastriche delle cicatrici più o meno estese e di forma diversa a seconda dei casi. Talora la cicatrice derivante da un'ulcera piccola, è liscia; altre volte è stellata. In certi casi anche, se l'ulcera era superficialissima, non ne resta neppur traccia, a guarigione avvenuta.

Ma quando l'ulcera si approfondiva nelle pareti, tanto più poi se già si erano formate aderenze con organi vicini, la retrazione cicatriziale può portare a conseguenze gravi. A questi processi sono dovute le stenosi piloriche cicatriziali, quando l'ulcera aveva sede nella regione pilorica: lo stomaco a clessidra, quando l'ulcera aveva altra sede.

Stenosi pilorica cicatriziale. — L'anatomia patologica della *stenosi pilorica cicatriziale* è molto varia. Il piloro può divenire talmente ristretto da non essere permeabile neppure al mignolo; le sue pareti rigide e ispessite sono costituite da un tessuto fibroso molto duro, non cedevole. Sono frequenti le aderenze più o meno estese con parti circostanti, residue a fenomeni di peripilorite pregressa; ma altre volte il piloro stenotico è ancora mobile, le pareti sono tuttora in parte cedevoli, e non havvi che una cicatrice più o meno estesa in una delle pareti dell'anello pilorico. La superficie sierosa è di solito biancastra, e presenta delle depressioni e irregolarità o delle cicatrici stellate più o meno lucenti; in certi casi in cui la cicatrice è circolare, anche sulla sierosa si disegna una depressione circolare. Frequente è riscontrare il piloro stirato in alto da briglie che si inseriscono sulla parete addominale o sul fegato, con notevole alterazione dei

rapporti, con formazione di angoli che aumentano le difficoltà allo svuotamento del ventricolo.

Una conseguenza diretta della stenosi è poi la *dilatazione del ventricolo*, talora così notevole che lo stomaco occupa quasi tutta la cavità addominale; le pareti sono in tali condizioni notevolmente assottigliate, la muscolatura ha perduto affatto la proprietà di contrarsi, la mucosa stessa finisce col atrofizzarsi e lo stomaco è trasformato in un serbatoio dove gli alimenti ristagnano e si decompongono; il paziente, oltre che per la denutrizione, soffre per l'assorbimento di prodotti tossici e finisce in cachessia.

Stomaco a clessidra. — Lo stomaco a clessidra è così detto per la forma che ricorda quella di una bisaccia, o di un orologio a polvere: essa dipende dalla retrazione cicatriziale di un'ulcera che siede al corpo e per lo più alla piccola curvatura. Oppure la causa della stenosi è riposta in adesioni perigastriche che strozzano il ventricolo in una zona dove non havvi ulcera o questa è guarita senza causare retrazione delle pareti. Un'aderenza fitta dello stomaco alla parete addominale in corrispondenza di un'ulcera con tendenza a perforarsi o perforata, e quindi cicatrizzata, può dare pure lo stomaco a clessidra (1).

Lo stomaco resta diviso in due metà che comunicano fra loro di solito vicino alla piccola curvatura; la comunicazione può essere ampia così da permettere ancora il passaggio a più dita trasverse: oppure è appena permeabile al mignolo o ad un lapis, come certe stenosi del piloro.

Per lo più delle due metà cardiaca e pilorica è più ampia la prima, fenomeno che è primitivo o secondario secondo che dipende dalla sede dell'ulcera che ha dato luogo alla cicatrice, oppure è effetto della distensione prodotta dal ristagno dei cibi. Invero la stenosi gastrica può agire sullo stomaco cardiaco, come quelle piloriche su tutto il ventricolo, provocando notevoli dilatazioni.

(1) M. Robson, On hour-glass stomach etc. *Lancet* 1904, Jan. 2, p. 5.

In altri casi lo stomaco cardiaco è più piccolo della sacca pilorica, atrofico, a pareti flaccide.

Una complicazione infine dovuta ad adherenze della superficie anteriore dello stomaco con le pareti addominali, è la torsione sull'asse in corrispondenza del punto ristretto.

Come rarità ricordiamo un caso nel quale Moynihan (1) riscontrò uno stomaco trifido o, meglio *triloculare*, da cicatrici di ulcere gastriche: esisteva cioè una saccoccia cardiaca, una pilorica ed una intermedia.

Quella cardiaca era alquanto più rigonfia che la media e fra esse era un'orifizio che permetteva il passaggio alla punta del mignolo, mentre fra la media e la pilorica si poteva far passare il dito medio: quest'ultima aveva la grandezza di una noce di cocco.

Un'altro caso di stomaco triloculare appartiene veramente a Mayo Robson (2), ma in questo caso una sola delle strozzature era dovuta ad ulcera: l'altra era causata da adherenze perigastriche.

In un terzo caso che comunicò Gilford (3), la 3ª sacca rappresentava il residuo di una perforazione sotto il fegato.

Degenerazione cancerosa dell'ulcera. — Da ultimo accenniamo alla possibilità della trasformazione dell'ulcera gastrica in cancro, o meglio dello sviluppo di un carcinoma su di un'ulcera o una cicatrice da ulcera: fatto forse più raro di quel che non si pensi, e probabilmente spesso accidentale, quando si consideri il gran numero di carcinomi che si sviluppano in ventricoli dove con tutta probabilità non erano mai preceduti processi ulcerativi o cicatriziali.

Ci sembra difficile ammettere un rapporto di causa ad effetto fra ulcerazioni e sviluppo del cancro nei casi di cui

(1) Moynihan, A case of trifid stomach. *The Lancet* 1903, Aug. 8.

(2) M. Robson, Diseases of the stomach and their surgical treatment, pag. 189, 1901.

(3) Gilford, Congresso annuale dell'Assoc. Medica Britannica 1902: *Zentralblatt f. Chirurgie* 1903, pag. 1077.

trattiamo, e crediamo più logico e rispondente allo stato delle nostre cognizioni il concludere con l'ipotesi che germi embrionari pōssano, per causa di processi infiammatori cronici o cicatriziali, essere spinti ad una manifestazione della loro energia proliferativa fino allora rimasta latente.

A queste conclusioni giungeva recentemente anche il Günzel (1), studiando nel Laboratorio del Baumgarten un caso di carcinoma sviluppato su un'ulcera gastrica.

(1) Günzel, Ueber die Entwicklung des Carcinoms in Narben, besonders den Geschwürsnarben des Magens. Diss. Tübingen 1902.

CAPITOLO II.

Sintomi, decorso, complicazioni ed esiti dell'ulcera gastrica

1. ULCERI GASTRICHE IN CORSO D'EVOLUZIONE NON COMPLICATE.

L'ulcera gastrica può decorrere senza dar luogo a sintomi rilevabili, così da divenire un reperto accidentale d'autopsia: ed è anche certo che può giungere in certi casi a guarigione spontanea, poichè cicatrici tipiche da ulcera sono state trovate all'autopsia di soggetti che mai avevano avuto sofferenze gastriche. Questo decorso subdolo è certe volte interrotto bruscamente da una grave complicanza (emorragia, perforazione), che rivela d'un tratto la presenza di un'ulcera fino allora insospettata.

Per lo più, tuttavia, il quadro clinico è ben tratteggiato fino dagli inizi della malattia, pur variando notevolmente da caso a caso, secondo la sede, le dimensioni, l'estensione dell'ulcera in profondità, secondo anche che il paziente è più o meno sensibile al male. Vi sono casi nei quali sarebbe vano ricercare nell'insieme dei sintomi un segno caratteristico qualsiasi: la diagnosi di ulcera gastrica rimane allora molto dubbia e può anche essere esclusa, poichè i sintomi si riducono a più o meno duraturi e leggeri dolori nella regione gastrica, sopravvenienti irregolarmente, a una sensibilità esagerata alla pressione sull'epigastrio e ad eruttazioni e vomiti pure irregolari.

Un sintomo importante, la cui ricerca è pur troppo trascurata, consisterebbe nella presenza di sangue nelle feci. constatabile al microscopio, e sopra tutto col metodo di

Weber recentemente modificato da Rossel (estratto eteroacetico di feci; aloina).

È importante sorvegliare attentamente il paziente in questi casi dubbi, perchè non è raro che ulcere gastriche si palesino con una simile sintomatologia: salvo poi a complicarsi d'un tratto con un'emorragia o con una peritonite da perforazione.

È invero frequente che il chirurgo, intervenendo per una stenosi pilorica in soggetti che in precedenza avevano presentati cotesti sintomi non patognomonici, trovi al piloro una cicatrice tipica da ulcera rotonda. Nelle nostre storie sono registrati frequentemente casi nei quali i primi sintomi, indipendentemente da quelli dovuti alla successiva stenosi, consistettero esclusivamente in senso di peso all'epigastrio, inappetenza, continue eruttazioni acide, oppure dolori lombari e talora vomito.

Ciò è di grande interesse pel chirurgo, che, se non avrà da intervenire direttamente a causa di codesti sintomi, dovrà però tenerne gran conto allorquando, pel progresso del male, egli sarà chiamato a diagnosticare non tanto una stenosi quanto la causa di essa.

Ma veniamo alla sintomatologia tipica dell'ulcera gastrica in corso d'evoluzione: il quadro che tratteggiamo qui è, si può dire, classico, e ci consente quindi di essere brevi.

Frequentemente si tratterà di soggetti anemici o di bevitori o di individui abituati all'alimentazione carnea abbondante.

In stadi avanzati della malattia lo stato generale dei pazienti è poi molto deperito pei vomiti, le emorragie, la nutrizione insufficiente. Quindi il grado di anemia aumenta di solito col progresso del male.

Quanto ai sintomi diretti, consistono principalmente in *dolori*, per lo più accessuali, nella regione gastrica; nei *vomiti* e soprattutto nel vomito di sostanze commiste a sangue (*ematemesi*); infine nell'*ipercloridria* e spesso anche nella *ipersecrezione gastrica*.

Ciascuno di questi segni ha particolare interesse chirurgico, non mancando gli esempi di interventi a causa di dolori soverchiamente intensi, o di ematemesi ripetute.

I *dolori* sono uno dei sintomi più costanti, per quanto possono variare in natura, intensità e modo di insorgere. A volte si tratta d'una dolorabilità vaga, diffusa, alla pressione in tutta la regione gastrica o all'epigastrio, dolorabilità che si provoca specialmente dopo i pasti, oppure se l'ammalato ha camminato o corso o comunque fatto qualche fatica.

Di solito però sono dolori che insorgono spontaneamente ad accessi e alla pressione si esacerbano.

Codesti accessi, diversamente intensi a seconda dei casi, talora sono violentissimi, a carattere perforante, lacerante come di lama che taglia; generalmente sono più accentuati in un punto fisso, che di solito è a sinistra della linea mediana, e si irradiano in modo caratteristico alla spalla sinistra. Questo fatto però non è costante.

L'accesso sopravviene raramente a digiuno, per lo più dopo il pasto specialmente se abbondante, e di solito 1-2-3 ore dopo il pasto stesso. Sembrerebbe dunque che l'accesso doloroso fosse legato all'inizio del passaggio del chimo attraverso l'orifizio pilorico.

Secondo alcuni dovrebbe invece darsi importanza all'aumento della secrezione cloridrica, che avviene precisamente un certo tempo dopo l'ingestione degli alimenti. Comunque, si tratterebbe di uno spasmo pilorico dovuto certamente alla presenza dell'ulcera, ed alla ipercloridria ancora esagerata.

Abbiamo detto che una irradiazione caratteristica degli accessi dolorosi è quella alla spalla sinistra; altre volte però i dolori si irradiano ai lombi, al dorso, al torace, persino nel braccio; oppure, invece di essere localizzati in un punto pressochè fisso della regione gastrica, si diffondono nei dintorni dell'ombelico o a tutto l'addome.

La durata dei dolori varia da pochi minuti a qualche ora, e il paziente non trova sollievo che in speciali posizioni del corpo e specialmente sul fianco sinistro.

Di solito i malati non possono posare sul fianco destro, abbisognano del massimo riposo e rifiutano tutto quanto contribuisce a fare la più piccola pressione sull'epigastrio.

Il vomito segue molto frequentemente all'accesso doloroso

e lo chiude; a volte però manca completamente o interviene solo di rado.

Negli stadi iniziali della malattia interviene presto dopo il pasto: più tardi avviene invece dopo un intervallo più lungo: gli è che nel primo caso esso non è dovuto che ad un riflesso della mucosa o della muscolatura, causato dalla irritazione dell'ulcera, mentre più tardi, quando a poco, a poco, il ristagno è andato aumentando e si hanno dei disturbi nell'attività motoria del ventricolo, tanto più poi quando vi è stenosi, esso è precisamente dovuto alla stasi meccanica.

Le sostanze vomitate sono per lo più a reazione acida: non sono però veramente caratteristiche dell'ulcera gastrica se non sono commiste a sangue (*ematemesi*): tuttavia, sebbene questo fatto abbia grande importanza diagnostica, non dovremmo credere che in tutti i casi d'ulcera si osservi ematemesi.

Nelle storie dei nostri ammalati sono frequenti i casi in cui è assolutamente escluso il vomito sanguigno a qualsiasi periodo della malattia; Mikulicz, Czerny e gli altri operatori tutti hanno potuto fare la stessa osservazione: d'altra parte, la diagnosi di ulcera non può essere che di probabilità se mancano le ematemesi.

Il vomito sanguigno (trascurando per ora i casi nei quali l'emorragia è così grave da costituire una complicazione della malattia) è in certi casi il primo sintomo che induce i pazienti a farsi curare, intervenendo prima o indipendentemente da accessi dolorosi di qualche intensità.

A causa della presenza di sangue, il vomito acquista talvolta caratteri speciali; e precisamente, se il sangue è abbondante ed ha lungamente dimorato nello stomaco, le sostanze vomitate assumono, come dicemmo già altrove, una tinta cafeeana più o meno intensa. Ma altre volte si vedono macroscopicamente solo tracce di sangue; sono queste le emorragie lievi, che impensieriscono poco e che invece possono, col ripetersi continuo, condurre il paziente ad un grave stato di anemia. Tanto più questo se il sangue versatosi nel ventricolo, anzichè venire espulso col vomito, passa in tutto o in parte nell'intestino. Quando però la quantità di sangue che viene espulsa con le feci sia notevole, queste assumono una

tinta bruna caratteristica (*melena*), che in certi casi è l'unico sintomo di un'avvenuta emorragia gastrica.

Un fenomeno che sarebbe quasi costante nell'ulcera gastrica è l'*ipercloridria*, per la prima volta studiata in rapporto coll'ulcera rotonda dal Riegel nel 1886.

L'esame del contenuto gastrico dopo un pasto di prova o a digiuno può contribuire in tal modo notevolmente alla diagnosi: chè, se può esservi ipercloridria senza ulcera, il trovare aumento della secrezione cloridrica quando esistono anche gli altri dati semeiologici ai quali abbiamo accennato, costituisce un valido appoggio per la diagnosi di ulcera rotonda. In certi casi tuttavia l'ipercloridria non è stata osservata, non solo, ma anzi si è notata anacloridria: in tali condizioni può riscontrarsi acido lattico, e non si avrebbe a fare mai con una semplice ulcera non complicata, ma si tratta di una concomitante gastrite, o di trasformazione d'ulcera in carcinoma o infine di soggetti fortemente anemici. Il Carle, come vedremo, ha pure richiamato l'attenzione sulla ipocloridria nei casi di cosiddetti tumori da ulcera.

Qui viene il destro di ritornare su un fatto che ha grande importanza nella patologia dello stomaco e cioè sullo *spasmo pilorico*, che è indubitatamente causa di ristagno, e quindi di dilatazione gastrica, indipendentemente dall'esistenza di una stenosi vera del piloro.

Come il prof. Carle faceva notare a proposito di casi da lui operati in cui si doveva ammettere uno spasmo pilorico (forse per fessure, gastriti ecc.), l'ipercloridria impedisce lo svolgersi normale della digestione gastrica e provoca lo spasmo del piloro. Ma questo spasmo produce ristagno, e il ristagno può essere a sua volta causa di ipercloridria: cosicchè ci si aggira in un circolo vizioso per cui si aggravano continuamente le condizioni del paziente.

Il prof. Carle riusciva poi a dare una brillante prova che l'ipercloridria non è, in questi casi di spasmo pilorico senza ulcera, la malattia fondamentale, ma solo la conseguenza del ristagno, dimostrando che cessava non appena veniva facilitato, con l'atto operativo lo svuotamento del ventricolo.

« Dato il ristagno e la conseguente irritazione della mucosa, si spiega come possa sopraggiungere come epifenomeno « l'ipercloridria e questa a sua volta possa esagerare la « contrazione del piloro ».

In rapporto all'ulcera gastrica, ci sembra che per certi casi si possa ammettere lo stesso circolo vizioso: la lesione cioè della mucosa è causa dello spasmo pilorico, che provoca ristagno e aumento dell'ipercloridria; a sua volta, questa contribuisce ad aumentare lo spasmo. La contrazione spasmodica del piloro non sarebbe continua, ma interverrebbe ad accessi nel periodo della digestione quando è più viva la contrazione delle pareti gastriche e più intensa è la secrezione cloridrica, e si rivelerebbe clinicamente con l'accesso doloroso.

È chiaro che, se lo stomaco si libera del contenuto mediante il vomito, lo spasmo e quindi il dolore possono cessare.

Il ristagno, però, non è di solito notevole negli stadi iniziali dell'affezione, essendo la muscolatura ancora valida, e riuscendo lo sforzo di contrazione della parete gastrica a vincere almeno in parte la resistenza del piloro: più tardi, anche indipendentemente dall'eventuale formazione di una stenosi pilorica, la motilità delle pareti muscolari viene a soffrire e con ciò aumenta il ristagno, non essendo più compensato lo spasmo pilorico dall'aumento del potere motorio della restante muscolatura; ne viene una progressiva dilatazione della cavità gastrica.

Queste condizioni favoriscono grandemente, come vedemmo, la formazione di processi putrefattivi nel ventricolo, con disordini anche nella funzione assorbente dello stomaco, processi cui non pone ostacolo l'aumentata secrezione cloridrica: il saccharomices, la sarcina ventriculi si trovano con grande frequenza e spesso molto numerosi.

È inutile riferire qui cifre riguardanti la frequenza dell'ipercloridria negli affetti da ulcera. Per citare tuttavia i reperti di qualche chirurgo, diremo che Kausch (1) su 21 casi di

(1) J. v. Mikulicz e W. Kausch, Verletzungen und Erkrankungen des Magens u. Darmkanals, in Bergmann, Bruns, Mikulicz, Handbuch der prakt. Chirurgie, 1900, Bd. III. p. 280.

Mikulicz accertati con la laparotomia, riscontrò iperacidità 16 volte, fra cui dieci volte di alto grado con valori superiori al 3,65 ‰ di HCl; di rado trovò acidità leggera o normale.

A Rencki (1) fu dato constatare in 16 su 17 casi, a digiuno, un succo gastrico ora puro, ora commisto a resti alimentari, che spesso aveva un alto grado di acidità e sempre diede molto evidente la reazione dell'HCl libero. Su questi casi però ritorneremo perchè tutti complicati con una stenosi pilorica.

Nei nostri casi di ulcera in corso di evoluzione trovavasi costantemente acido cloridrico libero, sia nel contenuto gastrico a digiuno, che nel liquido estratto dopo pasto di prova; ma su 10 casi in cui l'esame potè essere fatto, due volte le quantità di esso erano minime e solo tre volte erano notevoli. L'acido lattico era presente in quantità discreta nei due casi in cui l'acido cloridrico era scarso e fu anche presente in un caso in cui si presentava una quantità discreta di acido cloridrico libero.

Dobbiamo infine ricordare che l'ulcera in evoluzione può causare *stenosi del piloro*, oltre che per lo spasmo, per causa della sua sede alla regione pilorica, producendo ostruzione meccanica con l'infiltrazione che la circonda e per la sporgenza dei suoi bordi. Lo spasmo del piloro interviene poi anche in tali circostanze, e forse più precocemente che mai, ad aggravare la stenosi.

Terminiamo questa rapida rassegna dei sintomi dell'ulcera in corso di evoluzione, ricordando che spesso l'appetito, per lo meno nei primi stadii della malattia, è ancora conservato; solo per timore degli accessi dolorosi gli ammalati finiscono coll'astenersi dai pasti normali; frequenti sono le eruttazioni acide, la piroisi; la lingua è patinosa, rossa.

Le funzioni intestinali sono, per lo più, irregolari e i pa-

(1) R. Rencki, Ueber die funktionellen Ergebnisse nach Operationen am Magen bei Ulcus und gutartige Pylorusstenose. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie* Bd. VIII, 1901, Heft 4.

zienti si lagnano frequentemente di stitichezza. Nulla di speciale offre l'esame delle urine.

Il *decorso*, nei casi non complicati, è molto vario. Già abbiamo detto dei casi che decorrono in modo subdolo o senza segni caratteristici, tanto che la diagnosi offre reali difficoltà, e spesso si fa solo per l'insorgere improvviso di qualche complicanza: pericolo questo che incombe in ogni caso di ulcera. A parte ciò, il decorso è più o meno lungo anche in casi che finiscono col guarire, e le sofferenze sono diverse da caso a caso. Talora sono sopportabili, non essendo molto acuti gli accessi dolorosi, il vomito non intervenendo con molta frequenza, le emorragie essendo scarse e spesso mancando. Ma in altri casi il vomito è insistentissimo, avvenendo quasi ad ogni ingestione di cibo, e i dolori sono addirittura atroci, con irradiazioni in vario senso che non danno tregua al malato; infine le emorragie, piccole sì, ma frequentissime, riducono il malato in condizioni estremamente gravi.

Molti soccombono allo stato di profonda anemia in cui cadono, altri finiscono di tubercolosi polmonare, molti infine divengono nevrastenici.

Che se l'ulcera guarisce e non lascia tracce, cosa non del tutto rara, come vedremo, presto ritornano le forze, lo stato di nutrizione del malato migliora abbastanza rapidamente, e tutto rientra nella norma. Ma per lo più l'ulcera, anche guarendo, lascia dei postumi di grande importanza, quali le stenosi gastriche (stomaco a clessidra) e piloriche, dei cui sintomi dovremo fra breve occuparci.

2. EMORRAGIE.

Le emorragie piccole, ripetute, che non portano ogni volta a perdite notevoli di sangue, ma coll'andar del tempo influiscono sfavorevolmente sulle condizioni degli ammalati, sono state or ora considerate fra i sintomi più frequenti dell'ulcera gastrica in corso di evoluzione. Qui ci restano a studiare i

casi di emorragia unica grave, che portano ad anemia d'alto grado e costituiscono una complicanza vera e propria dell'ulcera gastrica, perchè possono portare a pericolo immediato di vita. Abbiamo detto « unica »; ma in certi casi codeste gravi ematemesi recidivano alla lor volta, per lo più a breve distanza di tempo, riuscendo spesso fatalmente mortali. Che se esse dipendono dalla corrosione di un grosso tronco arterioso o venoso, come si disse a proposito dell'anatomia patologica, sono, quasi senza eccezione, immediatamente mortali.

Così ad esempio avvenne nel caso di Merkel (1) (corrosione della vena renale sinistra), in quello di Schlikker (2) (uomo di 74 anni, curato per carcinoma gastrico e morto in seguito a emorragia; all'autopsia si riscontrò una grossa ulcera gastrica cronica con apertura della vena splenica), ecc.

In un caso di Mikulicz (3), un'emorragia da un'arteria pancreatica diede tempo ad un tentativo di intervento chirurgico, ma la malata soccombette nel giorno stesso dell'operazione. E gli esempi potrebbero moltiplicarsi.

Questi casi rientrano nella categoria di ulceri che il Savariaud definisce ad *emorragia fulminante*, a differenza di quelle a *emorragia acuta*, in cui, se l'ematemesi è unica, il paziente si ristabilisce anche abbastanza rapidamente, mentre, se si ripete, la morte può avvenire in un tempo vario da poche ore a più settimane: e di quelle ad *emorragia cronica* e leggera, che trattammo nel capitolo precedente.

Anche nelle forme gravi di emorragia, all'ematemesi può unirsi il melena; in certi casi, persino, tutto il sangue passa

(1) H. Merkel, Ein Fall von chronischem Magengeschwür mit tödtlicher Blutung aus der arrodierten linken Nierenvene. *Virchow's Archiv* Bd. 173, H. 1.

(2) Schlikker, Ein Fall von Magengeschwür mit tödtlicher Blutung aus der vena lienalis. Diss. Kiel 1898.

(3) J. Mikulicz, Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs. *Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.* 1897, Bd. II, H. 1-2, pag. 256.

nell'intestino e viene emesso con le feci, anzichè col vomito, tanto da lasciare gravi dubbi sulla sede dell'emorragia.

E qui ci sia concesso aprire una parentesi per studiare in tesi generale il sintomo « emorragia » nell'ulcera gastrica, allo scopo di farci un concetto approssimativo sulla sua frequenza e, quindi, sul suo valore diagnostico.

Per questo studio, abbiamo preso in esame i casi trattati chirurgicamente (e quindi a diagnosi accertata) che si trovavano raccolti nelle tabelle statistiche alla fine del lavoro, trascurando quelli nei quali non abbiamo trovato esplicitamente notata la presenza o l'assenza di ematemesi o di melena.

Dall'analisi di 804 casi di ulcera gastrica operati per ulcera in evoluzione non complicata, oppure per emorragie, perforazioni, stenosi ecc., risulta che in 438 si erano precedentemente manifestate delle emorragie (54,47 %), mentre in 366 (45,53 %) l'anamnesi è perfettamente muta al riguardo.

Nella grandissima maggioranza dei casi con emorragia, questa era stata lieve e ripetuta, oppure anche discretamente abbondante, ma per nulla pericolosa per la vita del paziente; e solo press'a poco nel 3 %, dei casi era stata così imponente da costituire la regione unica dell'intervento.

Dalla statistica raccolta si possono ricavare alcuni altri dati riguardo al sesso dei pazienti, alla sede dell'ulcera, alla frequenza di complicazioni.

Quanto al sesso, che in 12 osservazioni non è indicato, su 359 casi di ulcera che non hanno dato luogo ad emorragia,

in 172 si tratta di uomini = 47,9 %

e in 187 di donne = 52,1 %

Viceversa, nei casi di ulceri accompagnate ad emorragia, troviamo 218 uomini (= 50,3 %) e 215 donne (= 49,7 %).

Per ciò che riguarda la sede dell'ulcera, interessa ricercare se l'emorragia si riscontri con frequenza pressochè eguale qualunque sia la sede della lesione, oppure se questa ha un'influenza sulla produzione dell'emorragia; inverso, se lo sviluppo di un'ulcera in rapporto col decorso di un grosso ramo arterioso dello stomaco può dar ragione di emorragie gravi ed anche mortali, possono avvenire emorragie pericolose

anche da ulcere che col loro fondo non sono in rapporto con tronchi vasali d'importanza.

Il decorso dei grossi rami vasali non può dunque essere il solo criterio per giudicare se una data sede predispone o no all'emorragia; tanto meno, poi, per giudicare della frequenza del sintomo. Raccogliendo in una tabella i casi studiati, abbiamo (da 652 casi):

		Regione pilorica	Piccola curvatura	Parete anteriore	Parete posteriore	Regione cardiaca
Ulcere che non si sono accompagnate a emorragia	332	226	58	31	13	4
Ulcere accompagnate ad emorragia	320	231	43	26	18	2

e cioè:

	con emorragie	senza emorragie
Ulcere della regione pilorica	50,6 %	49,4 %
Ulcere della piccola curvatura	42,6 %	57,4 %
Ulcere della parete anteriore	45,7 %	54,4 %
Ulcere della parete posteriore	58,1 %	41,9 %
Ulcere della regione cardiaca	33,3 %	66,6 %

Da ciò risulta che la sede dell'ulcera non ha una speciale importanza in rapporto ad eventuali gastrorragie: un'ulcera sviluppatasi alla regione pilorica, ad es., avrà press'a poco la stessa probabilità di dar luogo ad ematemesi o a melena, come di non darne. Alla parete posteriore sembrerebbe che esistesse alquanto maggior tendenza all'emorragia (alla parete anteriore, invece, piuttosto il contrario), ma le differenze sono minime; e spesso, del resto, la sede non è così nettamente definita da permettere un esatto criterio. Così ad es. alla piccola curvatura un'ulcera può estendersi più sulla parete anteriore che sulla posteriore; ed altrettanto si dica delle regioni cardiaca e pilorica.

Quanto alla frequenza del sintomo in rapporto con altri

caratteri anatomo-patologici e clinici, dalla nostra statistica si possono ricavare i seguenti dati:

	con emorragie	senza emorragie
Ulcere in corso d'evoluzione.	62,7 %	37,3 %
Stomaco a clessidra . . .	35,7 %	64,3 %
Stenosi piloriche cicatriziali.	48,3 %	51,7 %
Perforazioni	34,6 %	65,4 %

Cioè, l'ulcera in attività (non complicata) sarebbe più frequentemente accompagnata ad emorragie, mentre la perforazione avverrebbe più spesso in casi di ulceri che non hanno dato luogo ad emorragie clinicamente riscontrabili: lo stesso si potrebbe dire per lo stomaco a clessidra; invece le stenosi piloriche cicatriziali si osserverebbero press'a poco con la stessa frequenza in individui che erano stati soggetti o no ad emorragie.

Su 438 casi di emorragia, ve ne sono poi 20 = 4,56 % in cui il solo sintomo fu il melena.

Quando l'emorragia è imponente, avvenendo per rottura di un grosso vaso, la morte può essere la conseguenza immediata, talvolta anche senza che avvenga vomito sanguigno. Altre volte invece, per una o più gravi emorragie, insorgono bensì i sintomi dell'anemia acuta, ma se poi la complicazione non si rinnova, i malati a poco a poco si rianimano.

In questi casi può succedere, anzi, che dopo un'emorragia i pazienti abbiano un periodo di calma, talora molto lungo, e persino può avvenire che i disturbi gastrici a poco a poco scompaiano; insomma, vinto lo stato di debolezza consecutivo alla grave perdita di sangue, tutto può sembrare ritorni alla norma. E ciò a differenza dei casi di emorragie piccole ma ripetute, nei quali l'indebolimento e l'anemia dei soggetti sono progressivi, e gli altri disturbi gastrici (vomito, dolori) danno requie meno facilmente.

Mentre nelle emorragie lievi il sangue, che ha più o meno a lungo dimorato nel ventricolo, si mesce per lo più, nel vomito, a sostanze alimentari, nelle emorragie gravi il vomito può consistere di sangue schietto, di colorito per lo più scuro.

L'anemia è più o meno grave secondo la quantità di

sangue perduta: si notano pallore, talora estremo, della cute, polso frequentissimo e piccolo, soffi anemici al cuore. A volte insorge febbre. Spesso sono gravi i segni dell'anemia cerebrale: vertigini, ronzii d'orecchio, amaurosi ecc.

La sintomatologia, insomma, delle emorragie da ulcera gastrica è, in complesso, molto semplice. e, come vedremo, lascia pochi dubbi nella diagnosi.

3. ULCERI CALLOSE (Ulcus-tumor). U. CALLOSE PENETRANTI.

Notiamo anzitutto che, secondo il nostro concetto, l'ulcera callosa e quella penetrante non debbono costituire una speciale varietà tra le ulcere del ventricolo; ma rappresentano solo un grado nella evoluzione della malattia. L'ulcera, come abbiamo visto, si approfonda più o meno nelle pareti gastriche; talora, probabilmente per opera di bacteri, il suo fondo e i dintorni si circondano di un tessuto infiammatorio che costituisce una massa di aspetto tumorale; e altre volte, prese aderenze agli organi vicini, l'ulcera continua ad approfondirsi, e penetra in essi circondandosi più o meno della stessa zona infiammatoria ora accennata: ma il processo è uno solo e non si tratta che di differenze di grado. Confessiamo che non senza meraviglia abbiamo letto i lavori di Schwarz e di Brenner, che tendono a fare delle ulcere callose e penetranti un quid speciale e soprattutto le descrivono come una varietà infrequente! — Schwarz, ad esempio, ne raccoglie 13 casi a tutto il 1900, compresi 3 proprii, e Brenner ne aggiunge 25 personali (2 sono già compresi nella statistica di Schwarz) e una quindicina di altri operatori, il che porterebbe i casi conosciuti a un totale di circa 50.

Schwarz si sforza anche di stabilire un quadro semeiologico delle ulcere penetranti, per ricavarne qualche concetto diagnostico.

Per questi fatti noi ci proponiamo di studiare minutamente la sintomatologia delle ulcere callose, allo scopo di vedere se e quanto differisca da quella delle ulcere non com-

plicate, in questo senso che, rappresentando esse una fase progredita della malattia, può essere interessante dal punto di vista terapeutico diagnosticare codesto progresso del male. Interessante, non perchè varii, in fondo, la terapia chirurgica delle ulcere callose e non callose, penetranti e no, ma pel fatto che il chirurgo può essere forse più facilmente e prima indotto ad intervenire, quando abbia motivi per ammettere la spiccata tendenza di un'ulcera ad approfondirsi.

Da quanto abbiamo detto crediamo inoltre di essere autorizzati a trattare sistematicamente delle ulcere callose e penetranti solo a proposito della sintomatologia e della diagnosi; a fonderle invece, secondo i casi, con le ulcere in evoluzione o con le stenosi piloriche a proposito della terapia.

Frequenza — Le ulcere callose formanti tumore e quelle penetranti sono tutt'altro che rare nella statistica che noi abbiamo riunito: esse rappresentano infatti circa il 15-16 % di tutti i casi di ulcera operati.

Quanto all'età, la maggior frequenza è fra i 41 ed i 50 anni, la minore fra 15 e 20 e fra 61 e 65, come la seguente tabella dimostra chiaramente:

fra 15 e 20 anni: casi	3	=	1.8 %
fra 21 e 30 anni: casi	23	=	14.2 %
fra 31 e 40 anni: casi	43	=	26.6 %
fra 41 e 50 anni: casi	60	=	37.0 %
fra 51 e 60 anni: casi	29	=	17.3 %
fra 61 e 65 anni: casi	5	=	3.1 %

Casi N.° 163

Sintomi — Nelle osservazioni raccolte la malattia data da tempo molto vario: per lo più però l'inizio data da mesi e spesso anche da anni; persino da 33 anni in un caso di Brenner. I sintomi consistono in disturbi gastrici più o meno gravi (dolori, inappetenza, vomito talvolta sanguigno) che possono essere incominciati improvvisamente (casi di Mikulicz, di Klaussner, ecc.), oppure hanno avuto inizio lento e decorso cronico con aumento graduale in intensità e talora con intermittenze. Si hanno insomma più o meno

spiccati tutti i sintomi classici dell'ulcera gastrica in corso d'evoluzione, oppure quelli della stenosi pilorica se il tumore è ostruente.

Le gastrorragie, in forma di ematemesi o di melena, si presentano nelle ulcere callose e penetranti circa nella proporzione del 50 % dei casi.

Due fatti possono essere soprattutto notevoli nella storia di codesti malati, e cioè:

1° L'intensità dei dolori e la loro resistenza alle cure.

2° La presenza di sintomi simulanti un carcinoma.

Secondo Schwarz, i dolori di cui si lagnano questi malati dipendono dal fatto della penetrazione dell'ulcera negli organi vicini; a questo proposito si possono distinguere le ulcere che si approfondano nella parete addominale anteriore, quelle che si approfondano nel fegato e quelle che si spingono nel pancreas.

Secondo Hofmeister (1) e Hirschfeld (2), la causa dei dolori così intensi sarebbe dovuta, invece, alle aderenze perigastriche; mentre Brenner la riporta alla natura stessa infiammatoria che ha il tumore da ulcera, e cioè alla particolare condizione del fondo dell'ulcera e dei suoi contorni, alla fitta infiltrazione infiammatoria. Certo si è che in taluni casi in cui i dolori erano intensissimi, all'operazione si trovò soltanto un tumore duro più o meno voluminoso al piloro, ma senza alcuna adesione colle parti circostanti o penetrazione nei visceri vicini (v. ad es. un caso del Giordano (3), alcuni del Brenner, di Petersen e Machol ecc.). Ma, d'altra parte, a volte esiste precisamente un'ulcera penetrante quasi senza aderenze e senza infiltrazione infiammatoria all'intorno, e solo alla penetrazione nel viscere possono essere attribuiti i dolori. Perciò noi crediamo che, a seconda dei casi, l'uno o l'altro dei fattori suaccennati,

(1) Hofmeister, *Beiträge zur klin. Chirurgie* 1896, Bd. XV.

(2) Hirschfeld, Ueber peritoneale Adhäsionen etc. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie* 1900, Bd. VI.

(3) Giordano, *Rivista Veneta di scienze mediche* 1900, p. 256.

cioè stato infiammatorio del fondo e dei contorni dell'ulcera, aderenze perigastriche, penetrazione negli organi vicini e anche, talora, tutti questi fattori riuniti, debbano essere considerati la causa dei dolori così intensi che si possono osservare in questi malati.

A un certo momento può svilupparsi un tumore, della cui presenza ed accrescimento si accorge talora il paziente stesso. È specialmente in questi casi che può esistere un quadro simulante un carcinoma, tanto più che non è raro che l'anacloresia (l'ipocloridria) accompagnino le ulcere callose.

Nei tumori aderenti alla parete addominale è raro che si palpi solo una resistenza mal definita nella regione gastrica (come ad es. nel caso 1° di Brenner); per lo più si trova nella regione epigastrica e di solito a sinistra, un tumore a limiti più o meno ben distinti, che si può estendere sotto l'arco costale, ed è molto doloroso alla pressione. Il volume può essere quello di una mela, di un uovo d'oca, di un pugno; e, al di sopra, il corrispondente muscolo retto dell'addome può offrire una tensione speciale di difesa. Il tumore, aderente alla parete addominale, non segue i movimenti respiratori.

Per dare un'idea della frequenza di questo genere di ulcere penetranti, citiamo qui i casi che abbiamo potuto raccogliere:

1. Billroth, 1888, in v. Eiselsberg, « v. Langenbeck's Archiv » Bd. XXXIX, p. 805. Caso 19.
2. Körte, 1890. Id. Bd. LXIII. Caso 32.
3. Mikulicz, 1891. « Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin und Chirurgie » 1897, p. 239. Caso 22.
4. Terrier, 1894, « Bulletin de la Société de chirurgie » 1894.
5. Hofmeister, 1895. « Bruns' Beiträge » Bd. XV, p. 356.
6. Korteweg, 1895. ref. in « Hildebrand's Jahresbericht » 1895, p. 710.
7. Krogius, 1895. « Centralblatt f. Chirurgie » 1896, Nr. 22.
8. Klaussner, 1896. « Münchener medic. Wochenschrift » 1896, Nr. 35.
9. Kolaczek, 1896. « Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin und Chirurgie » 1896, Bd. I, Heft 2.
10. Brenner, 1896. « Wiener klin. Wochenschrift » 1896, Nr. 48. Caso 1, rif. anche in « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX.
11. Tricomi, 1896. « Policlinico » 1900, Vol. VII-C., Caso 4.
12. Drobniak, 1897. « Nowiny Lekarskie » 1897, n. 6.
- 13-14-15-16. Berg, 1898. « Nordiskt medicin. Arkiv », vol. IX, n. 7 (non citato da Schwarz).
17. Diddens, 1898. « Tijdschrift voor Geneeskunde » 1898. Caso 2.

18. Garré, 1898. in Stich, « Bruns' Beiträge » Bd. XXXX. Caso 2.
- 19-20. Wikerhauser, 1899. « Centralblatt f. Chirurgie » 1900.
21. Schwarz, 1899. « Mitteilungen a. d. Grenzgeb. der Medicin u. Chirurgie » Bd. V, 1900, pag. 836. Caso 13.
22. Gersuny, 1899. in Hirschfeld, « Mitteilungen a. d. Grenzgeb. der Medicin und Chirurgie » Bd. VI, 1900, pag. 463.
23. Brenner, 1899. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Caso 27 (anche aderenze al pancreas).
24. Carle, 1899. Osservazione 46 (casistica alla fine del lavoro) 25 Marzo 1899.
25. Garré, 1900. in Stich, loc. cit. Caso 19.
26. Czerny, 1900. in Petersen u. Machol, « Bruns' Beiträge » Bd. XXXIII, p. 345.
27. Jäckh, 1900. « v. Langenbeck's Archiv », Bd. LXVI, pag. 944.
28. Jaboulay, 1900. in Viannay, « Archives provinc. de chirurgie ».
29. Garré, 1901. in Stich, loc. cit. pag. 415. Caso 1.
- 30-31. Brenner, 1901. Loc. cit. Casi 9 e 10. (In questo anche aderenze al pancreas).
32. Garré, 1902. Loc. cit., pag. 417. Caso 3.

Il quadro dei sintomi dei tumori da *ulcera penetrante nel fegato* è stato abbozzato da Schwarz, in base a due proprii casi, che secondo lui sarebbero stati i primi osservati. Noi abbiamo trovato altri 10 casi precedenti, fra i quali uno del Lindner, citato da Schwarz fra le ulcere aderenti alle pareti addominali, e uno operato dal Carle, (caso 5 = 19° di Carle e Fantino) nel 1894, e che desideriamo riferire qui per esteso.

I disturbi datavano da oltre un anno, e consistevano in senso di peso all'epigastrio, cattive digestioni, eruttazioni acide, vomiti molto abbondanti a intervalli di 12-48 ore, preceduti da dolori che dall'ombellico si irradiavano ai lombi. Probabilmente vi erano stati anche vomiti caffeani. I sintomi si erano andati aggravando ad onta delle cure mediche, e al momento dell'esame i dolori erano quasi continui, il malato ricorreva alla morfina, e si nutriveva essenzialmente per clisteri. Notevole il risultato dell'esame obiettivo, che rilevò stomaco dilatato notevolmente, e, in narcosi, un tumore difficilmente palpabile, fisso, posto sulla linea para-sternale *destra* sotto il fegato. Esistevano, due o tre ore dopo il pasto, tracce di HCl nel succo gastrico, e molto acido lattico (si noti l'associazione di un tumore alla ipocloridria). Il tumore, alla laparotomia, apparve grosso come un uovo di gallina, a sede nella regione pilorica della piccola curva, infiltrante l'epiploon gastro-epatico e aderente al fegato. Il paziente essendo morto alla sera del sesto giorno dopo la gastro-ente-

rostomia, all'autopsia si potè constatare l'esistenza di un'ulcera rotonda del diametro di 4-5 cm. che aveva eroso il ventricolo e aderiva al fegato, approfondendosi in esso a guisa di cratere per circa un centimetro. All'intorno esisteva neoformazione di connettivo giovane (esame microscopico), che prendeva l'aspetto di un tumore.

Due anni prima, von Hacker (1) aveva operato un caso di stenosi pilorica cicatriziale con tumore intimamente aderente tutto all'intorno e anche al fegato, alla palpazione grosso quasi come un uovo, irregolarmente delimitabile, poco dolente alla pressione, posto nella regione pilorica: e Körte (2) aveva operato un tumore che si palpava sopra l'ombellico, e non era che un'ulcera callosa aderente al fegato. L'anno precedente (1893), Monod aveva operato un caso simile, che simulava clinicamente un cancro.

Nei casi di Schwarz si trattava di donne, sofferenti da circa un anno di dolori gastrici con vomito, sempre crescenti, senza ematemesi. I dolori, al momento dell'osservazione, erano anche in questi casi continui, e si esacerbavano dopo ingestione di cibi. All'ispezione si notava una leggiera sporgenza della regione epigastrica *sinistra*: e la palpazione, difficile, dimostrava una tensione abnorme del muscolo retto di sinistra, dietro il quale si percepiva una resistenza a superficie liscia che si estendeva sotto l'angolo costale in corrispondenza dell'appendice xifoide e pareva appartenere al lobo sinistro del fegato. Questa resistenza non veniva modificata nella sua forma e nella grandezza colla distensione dello stomaco: il dolore era localizzato a questo punto, e la pressione era pure dolorosissima.

Questo quadro tracciato da Schwarz non è però tipico dell'ulcera callosa penetrante nel fegato, che può manifestarsi con sintomi molto diversi, come già si è visto nel caso del

(1) V. Hacker, *Wiener klinische Wochenschrift* 1895. pag. 590. Caso 2.

(2) Körte, v. *Laugenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie* Bd. LXIII. Caso 1.

Carle, in quello del Lindner in cui si palpava una resistenza indistinta alquanto a destra della linea mediana, in quello del Monod dove le apparenze, come si disse, erano tutte pel carcinoma. Il tumore, del resto, ha sedi diversissime e talora si può confondere con un neoplasma del fegato (caso 13 di Schloffer, in cui clinicamente si aveva l'impressione che la superficie del fegato fosse dura e bernoccoluta). In altri casi anche, non si palpa alcun tumore (Hartmann, Robson ecc.).

Quanto all'acidità totale, questa in certi casi si è trovata aumentata, con acido cloridrico libero, altre volte era invece diminuita. Si aggiunga che i sintomi di ulcera possono essere pressochè del tutto assenti, come in due dei casi di Schloffer.

Queste differenze nella sintomatologia delle ulcere penetranti nel fegato ribadiscono, ci pare, il nostro concetto che non sia rispondente a precisione e chiarezza il moltiplicare le classificazioni e le divisioni nel quadro clinico dell'ulcera gastrica.

La casistica delle ulcere penetranti nel fegato sarebbe la seguente:

1. v. Hacker, 1892. « Wiener klin. Wochenschrift » 1895, Nr. 33. Caso 2.
2. Körte, 1892. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIII. Caso 13.
3. Monod, 1893. in Jayle, « Bulletin de la Société anatomique » 1893.
4. Carle, 1894, caso 5 (della casistica alla fine del lavoro).
5. Robson, 1895. Diseases of the stomach 1901, p. 125.
6. Bramann, 1895. in Sachtleben, Inaug.-Diss. Halle 1901. Caso 18.
7. Hartmann, 1896. Terrier et Hartmann, Chirurgie de l'estomac, pag. 211.
8. Giordano, 1896. « Rivista Veneta di scienze mediche » 1900, pag. 259.
9. Lindner, 1897. Lindner u. Kultner, Chirurgie des Magens, Berlin 1898.
10. Brenner, 1898. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Caso 17.
- 11-12. Schwarz, 1898. « Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Medicin u. Chirurgie » Bd. V, 1900 Casi 11-12.
13. Berg, 1898. « Nordiskt medicin. Arkiv » vol. IX, n. 7. Caso 1.
14. Brenner, 1898. « v. Langenbeck's Archiv » vol. LXIX. Caso 5.
- 15-16. Tricomi, 1899. « Policlinico » Vol. VII-C., 1900. Casi 28-29.
17. Schloffer, 1899. « Bruns' Beiträge » Bd. XXXII. Caso 16.
18. Hartmann, 1899. Travaux de chirurgie anatomo-clinique 1903. Caso 12.
19. Id. 1900. Id. Caso 26.
- 20-21. Schloffer, 1900. « Bruns' Beiträge » Bd. XXXII. Casi 11-12.
22. Id. 1901. Id. Caso 13.
23. De True, 1901. De True u. Licht, Ugeskrift vor Laeger 1901, pag. 437.
24. Garré, 1901. In Stich. « Bruns' Beiträge » Bd. XXX. Caso 2.
25. Hochenegg, 1903. « Wiener klin. Wochenschrift » 1903, pag. 1128.

Alquanto più frequenti sarebbero le *ulceri callose penetranti nel pancreas* (Schwarz ne cita un solo caso!), come risulta dal seguente elenco:

1. Rydygier, 1881. « Berliner klin. Wochenschrift » 1882.
2. v. Hacker, 1890. « Wiener klin. Wochenschrift » 1895, Nr. 33. Caso 1.
3. Parrow, 1890. In Sainsbury, « Lancet » 1891, Vol. 1, pag. 18.
4. Billroth, 1902. in Hansy u. Knauer, « Bruns' Beiträge » 1892.
5. v. Hacker, 1893. « Wiener klin. Wochenschrift » 1895, Nr. 33. Caso 4.
- 6-7. v. Eiselsberg, 1894, « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LIV, pag. 926 e 928.
8. Mikulicz, 1895. « Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie » Bd. II. Caso 26.
9. v. Eiselsberg, 1896. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LIV, pag. 584.
10. Tricomi, 1896. « Policlinico » Vol. VII-C. 1900. Caso 4.
- 11-12. Brenner, 1896. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Casi 2-15.
13. Zoege v. Manteuffel, 1896. in Fick, « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LIV. Caso 6.
14. Loebker, 1897. Deutscher Chirurgen-Congress 1897.
15. Kappeler, 1897. « Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie » Bd. XLIX. Caso 5.
16. Chaput, 1897. « Bulletin de la Société de chirurgie » 1898. Caso 1.
17. Hübener, 1898. in Kausch, « Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin und Chirurgie ». Bd. IV. Caso 15.
- 18-19-20. Körte, 1898. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIII. Casi 9, 11, 12.
21. Mikulicz, 1898. in Kausch, « Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie » Bd. IV. Caso 21.
22. Tricomi, 1898. « Policlinico » Vol. VII-C, 1900. Caso 20.
23. Berg, 1898. « Nordiskt medic. Archiv » Vol. IX n. 7.
24. Garré, 1898. in Stich, « Bruns' Beiträge » Bd. XL. Caso 50.
25. Mikulicz, 1899. in Kausch, « Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie » Bd. IV. Caso 2.
26. Ettlinger, 1899. « Bruns' Beiträge » Bd. XXXIV. Caso 4.
- 27-28. Brenner, 1899. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Casi 4 e 18.
29. Körte, 1899. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIII. Caso 20.
30. Schloffer, 1899. « Bruns' Beiträge » Bd. XXXII. Caso 14.
31. Cackovik, 1899. « Centralblatt f. Chirurgie » 1900.
32. Körte, 1900. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIII. Caso 36.
- 33-34-35. Brenner, 1900. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Casi 6, 7, 8.
36. Robson, 1900. Diseases of the Stomach, pag. 168.
37. Garré, 1902. in Stich, « Bruns' Beiträge » Bd. XL. Caso 46.
- 38-39. Brenner, 1902. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Casi 14 e 25.

Si aggiungano i seguenti casi in cui i tumori da ulcera erano aderenti tanto al fegato, quanto al pancreas:

1. Salzer, 1889. in v. Hacker, « Wiener klin. Wochenschrift » 1895, Nr. 36.
2. Codivilla, 1892. « Sperimentale » 1893, pag. 406.
3. Körte, 1898. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIII. Caso 8.
- 4-5. Brenner, 1902. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Casi 12 e 26.

La *penetrazione nel pancreas* è favorita dalla sede dell'ulcera alla parete posteriore del piloro o alla piccola curvatura: se l'ulcera o l'infiltrazione infiammatoria circostante è molto

estesa, si possono anche riscontrare aderenze intime col fegato, o con la parete addominale anteriore, o, tanto più frequentemente, con la parete posteriore e persino con la colonna vertebrale. Per questa ragione i sintomi variano molto da caso a caso; senza contare che l'esame obbiettivo può essere negativo se l'infiltrazione periulcerosa è scarsa o manca, e allora il quadro semeiologico non si scosta affatto da quello più comune dell'ulcera in evoluzione o della stenosi pilorica.

Altre volte invece si palpa un'indistinta resistenza nella profondità, localizzata diversamente secondo i casi (all'epigastrio, sotto il margine del fegato, all'ipocondrio destro ecc.) e per lo più dolente alla pressione; oppure la palpazione rivela, in una delle diverse sedi ora enumerate, un tumore più o meno ben delimitabile, duro, bernoccolato, talora dolente, che si presenta sferico, o appiattito, o a guisa di cordone, diversamente voluminoso, ed è di solito fisso. Esso può venire scambiato per un carcinoma. A questo errore contribuiscono il deperimento spesso notevole dei malati, l'assenza o la deficienza (frequenti) d'acido cloridrico e la possibile mancanza di gastrorragie.

Le ulcere callose penetranti possono determinare, nell'organo in cui si approfondano, la formazione di un ascesso in seguito ad infezione.

Così ad es. in un caso di Chaput, l'ascesso si era formato nel pancreas, e il tumore che si palpava non era che l'ispessimento infiammatorio circostante all'ascesso.

In un caso di Mayo Robson si osservò un ascesso acuto del pancreas da perforazione di un'ulcera gastrica penetrante nel viscere, ascesso che si svuotò spontaneamente nel ventricolo. Altre volte l'ascesso si forma nel fegato, sia per propagazione diretta, sia per intezione a distanza; in un caso di Leclerc e Tavernier (1) ad es. un'ulcera della piccola

(1) Leclerc et Tavernier, *Abcès du foie consécutifs à un ulcère simple de l'estomac*. *Lyon médical* 1903.

curvatura si era approfondita nel fegato, senza determinare alcuna apprezzabile lesione di quest'organo nelle immediate vicinanze, mentre esistevano due grossi ascessi, indipendenti dalle vie biliari, nel lobo destro.

Quando la penetrazione avviene molto rapidamente, può essere paragonata ad una perforazione dell'ulcera in corrispondenza di pregresse aderenze con l'organo parenchimoso. È degno di essere citato a questo proposito il caso di Noelle (1) in cui il fegato fu corrosivo fino ad aversi un'emorragia parenchimatosa così grave, da causare la morte del paziente.

Ci restano infine a considerare i casi di *ulcera callosa non penetrante*, quelli cioè nei quali l'infiltrazione si fa tutt'attorno alle pareti e al fondo dell'ulcera, senza che il tumore, così formato, abbia tendenza ad approfondirsi in un organo vicino o nelle pareti addominali. Essi si distinguono dai precedenti essenzialmente per la mobilità maggiore o minore che di solito il tumore possiede, mentre a lor volta si collegano alla sintomatologia, più o meno completa, dell'ulcera gastrica in evoluzione, o della stenosi pilorica da ulcera. Non è infrequente riscontrare, anche in questi casi, una diminuzione dell'acidità totale, e scarso o assente l'acido cloridrico libero; fattore di non lieve importanza dal punto di vista diagnostico. Però l'ipercloridria è forse più costante che nelle ulcere penetranti.

In quasi tutti i casi sono notati gli spostamenti del tumore con gli atti respiratori e in rapporto con lo stato di ripienezza del ventricolo; ma aderenze fitte possono avvolgere e fissare il tumore. Il volume varia molto, da quello di una noce a quello di un uovo di gallina; la forma è tondeggiante od ovoidale, più raramente allungata, a guisa di cordone più o meno ben delimitabile; la superficie è dura, irregolare; spesso si provoca dolore con la pressione in corrispondenza di esso.

(1) A. Noelle. Ein Fall von Ulcus Ventriculi mit nachfolgender Perforation in die Leber und tödtlicher parenchymatöser Blutung aus derselben. Diss. Greifswald 1899.

La sede del tumore è variamente indicata: sopra, o a sinistra, o a destra dell'ombelico, sotto l'arco costale sinistro, nella regione epigastrica ecc.

Invece che come un tumore, l'ulcera callosa può anche essere palpata come un ispessimento nodoso profondo, in rapporto al piloro, oppure come una indistinta resistenza; e, infine, può non essere avvertita affatto all'esame obbiettivo.

Fra i sintomi subbiettivi sono da tenere in gran conto i dolori, che però sono meno frequenti e in generale meno gravi che nei casi d'ulcera callosa penetrante: ematemesi si sono riscontrate abbastanza spesso e con diversa intensità.

I casi di ulcera callosa non penetrante che abbiamo raccolti sono i seguenti:

1. Czerny, 1885. « Bruns' Beiträge » Bd. IX. Caso 14.
2. Billroth, 1887. in v. Eiselsberg « v. Langenbeck's Archiv » Bd. XXXIX. Caso 16.
3. Mikulicz, 1888. « Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie » 1897. Caso 24.
4. Czerny, 1888. in Czerny und Rindfleisch, « Bruns' Beiträge » Bd. IX. pag. 691.
5. Cordua, 1888. « Revue des sciences médic. » 1888.
6. Czerny, 1889. in Czerny und Rindfleisch. loc. cit. Caso 17.
7. Novaro, 1889. Contributo alla chirurgia dello stomaco 1890. Caso 9.
8. Maydl, 1891. « Semaine médicale » 1891, pag. 174.
9. M. Robson, 1891. Diseases of the stomach, pag. 116. London 1901.
- 10-11-12. Doyen, 1893. Traitement chirurg. des affections de l'estomac. Paris 1895. Caso 3 (resezione). Casi 14 e 18 (gastro-enterostomia).
13. Czerny, 1893. in Dreydorff, « Bruns' Beiträge » Bd. XI. Caso 3.
14. v. Eiselsberg, 1894. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. L, caso ultimo, e « Centralblatt f. Chirurgie » 1900 N. 28 Beilage.
15. Kader, 1895. in Mikulicz, « Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie » 1897. Caso 25.
16. Schloffer, 1895. « Bruns' Beiträge » Bd. XXXII. Caso 10.
17. Tricomi, 1895. « Policlinico » 1900, Vol. VII-C. Caso 6.
- 18-22. v. Eiselsberg, 1896. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LIV, pag. 572, 576, 578. Casi 5.
23. Körte, 1896. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIII. Caso 4.
24. Schloffer, 1897. « Bruns' Beiträge » Bd. XXXII. Caso 5.
25. Giordano, 1897. « Rivista veneta di scienze mediche » 1900, pag. 256.
26. Körte, 1897. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIII. Caso 7.
27. Brenner, 1897. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Caso 16.
28. Chaput, 1897. « Bulletin de la Société de chirurgie » 1898. Caso 3.
29. Kümme!, 1897. Hamburger Jahrbuch 1899.
30. Sarytschew, 1898. « Mediz. obozrenije » 1899.
- 31-32. Montprofit, 1898. « Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie » 1898, e « Archives provinc. de chirurgie » 1898.
33. Berg, 1898. « Nordiskt medic. Arkiv » Bd. IX. 1898, n. 7.
34. Körte, 1898. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIII. Caso 34.

- 35-36. M. Robson, 1898-99. *Diseases of the stomach*, pag. 119. London 1901.
37. Tuffier, 1899. « Bulletin de la Société de chirurgie ».
- 38-39. Brenner, 1899. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Casi 3-19.
40. Tricomi, 1899. « Policlinico » Vol. VII-C. Caso 54.
41. Demoulin, 1899. « Bulletin de la Société de chirurgie » 1899.
42. Nicolaysen, 1899. « Nordiskt medicin. Arkiv » 1900. Caso 26.
43. Hartmann, 1899. *Travaux de chirurgie anat. clin.* » 1903. Caso 12.
44. Maclaure, 1899. « Bulletin de la Société de chirurgie ».
45. Giordano, 1899. « Rivista Veneta di Scienze mediche » 1900, pag. 257.
46. Vuillet, 1900. « Revue médicale de la Suisse Romande » 1902.
47. Bramann, 1900. in Saechtlen, Diss. Halle 1901. Caso 28.
- 48-51. Brenner, 1900. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Casi 20, 21, 22, 23.
52. Huntington, 1900. « Annals of surgery » 1900, April.
53. Garré, 1900. in Stich, « Bruns' Beiträge » Bd. XL. Caso 18.
54. Brenner, 1901. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Caso 11.
55. Guldberg, 1901. « Hospitalstidende » 1902.
- 56-58. Czerny, 1901. « Bruns' Beiträge » Bd. XXXII, Supplem. Heft, pag. 94.
59. Carle, 1901. (casistica alla fine del lavoro, oss: 68).
60. Mitchell, 1902. « Lancet » 1903, vol. II.
61. Krause, 1902. in Maragliano, « Bruns' Beiträge » Bd. XXXXI, pag. 560. Caso 5.
62. Brenner, 1902. « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIX. Caso 13.
- 63-70. Garré, 1902. in Stich « Bruns' Beiträge » Bd. XL. Casi 22 (pag. 366) e 29, 30, 36, 37, 38, 39, 48.
71. Mansell-Moullin, 1903. « Lancet » 1904, vol. I, pag. 94.

4. PERIGASTRITI ADESIVE.

La perigastrite adesiva è una delle più frequenti complicanze dell'ulcera gastrica; costante nei casi di ulcera callosa e penetrante che abbiamo or ora considerato, altre volte essa si manifesta intorno o per causa di un'ulcera che tende ad estendersi in profondità verso la sierosa, ma non si circonda di un tumore infiammatorio, nè oltrepassa i limiti del ventricolo per approfondirsi nei visceri o nella parete addominale.

La sintomatologia della perigastrite adesiva non è sempre ben definita, ma si confonde per lo più con quella comune dell'ulcera gastrica in evoluzione o della stenosi da ulcera; la sua manifestazione più caratteristica consiste essenzialmente nei dolori. Invero, già discutendo delle ulcere penetranti, abbiamo assegnato alle aderenze una parte nella produzione dei dolori, poichè vi sono casi in cui questi cessano colla semplice liberazione delle aderenze, mentre talvolta riappaiono in seguito al formarsi di nuove aderenze.

Sulla produzione di un quadro semeiologico più o meno

vidente e completo hanno naturalmente importanza l'estensione delle aderenze, il modo più o meno rapido di formarsi, la loro sede. Frequente è la perigastrite anteriore, la quale consiste in aderenze fra la parete gastrica anteriore e la parete addominale; gli effetti però saranno notevolmente diversi a seconda che la regione occupata dalle aderenze stesse è il cardias, o il corpo, oppure il piloro, o, infine, tutta o quasi la parete anteriore del ventricolo.

I movimenti dello stomaco sono sempre ostacolati più o meno notevolmente, tanto più poi se le aderenze risiedono alla regione pilorica. In questo caso, oltre all'elemento dolore, che predominerà nel quadro clinico, si avranno obbiettivamente i segni della dilatazione gastrica, e infine anche dell'atonìa. Invece, come Duplant ad es. ha fatto rilevare, non si osserva mai dilatazione considerevole dello stomaco nelle perigastriti anteriori precardiache.

Ai disturbi dovuti all'ulcera gastrica per sè stessa, quelli causati dalle aderenze si uniscono in un periodo molto vario della malattia; non è infrequente che esistano da lunghi anni i segni di un'ulcera gastrica in evoluzione, e che poi a un dato momento si abbia una esacerbazione dei sintomi con aumento nell'intensità e nella frequenza delle crisi dolorose, ripresa dei vomiti, oppure anche con sintomi evidenti di reazione peritoneale: singhiozzo, meteorismo, polso piccolo ecc. In questo caso si tratta di reazione viva intorno al fondo di un'ulcera, con formazione di essudati fibrinosi che poi si organizzano, dando luogo alla guarigione del processo peritoneale subacuto che si era svolto; nel primo caso invece il decorso è lento, cronico, e le aderenze perigastriche danno segno perchè sono molto estese od occupano certe sedi speciali.

Le aderenze infatti possono farsi in modo molto vario: invece di essere anteriori, altre volte sono aderenze della parete pilorica posteriore, o della piccola curvatura, alla parete addominale posteriore, alla colonna vertebrale, al pancreas; aderenze piloriche o della piccola curvatura, persino del cardias, al fegato, alla cistifellea: aderenze con anse intestinali ecc. Queste possono portare a conseguenze gravi, come

per es. a fenomeni di occlusione [Delay (1)]. Nessuna meraviglia dunque che a questi fatti conseguano dei disturbi subiettivi e principalmente dolori.

Ma per quali caratteri i dolori dovuti a questa complicazione sono differenziabili da quelli causati dall'ulcera per sè stessa, prima o indipendentemente da ogni reazione peritoneale?

Secondo Riegel (2), l'ulcera gastrica non causerebbe dolori che in seguito ad una irritazione (quindi ad es. dopo il pasto); altri dolori sarebbero dovuti sempre a complicazioni, e per lo più alle adesioni. E Nothnagel (3) ritiene i dolori come il segno più caratteristico della peritonite adesiva.

Per conto nostro, dall'esame di molte osservazioni, crediamo di poter confermare queste vedute, tanto più che non sono infrequenti i casi di ulcere guarite, nei quali la persistenza dei dolori può essere attribuita solo alle aderenze, che fissano e frequentemente stirano il ventricolo in vario modo, ostacolandone i movimenti, e spesso lo svuotamento. Non ci sembra però del tutto esatto il criterio differenziale esposto da Riegel, perchè i dolori da perigastrite possono a lor volta essere dipendenti dai pasti o da altre cause di irritazione dell'ulcera, per le quali aumentino i movimenti peristaltici del ventricolo. Nello stesso modo non siamo d'accordo con Brenner, il quale pensa che, scomparendo i dolori dopo gastro-enterostomia (rimanendo quindi intatte le aderenze), resti provato che le aderenze non sono la causa dei dolori; a noi pare, invece, che questa operazione permetta allo stomaco di non risentirsi più degli stiramenti e delle pressioni fatte dalle aderenze, e che per questo i dolori cessino. Tanto è vero, che non sempre, mediante la gastro-entero-

(1) Delay, *Ulcères anciens de l'estomac. Adhérences consécutives, occlusion intestinal chronique, laparotomie. Lyon médical* 1903, n. 52.

(2) Riegel, *Die Erkrankungen des Magens. Nothnagel's spec. Pathol. und Therapie* Bd. XVI, Teil 2.

(3) Nothnagel, *Erkrankungen des Darms und des Peritoneums. Nothnagel's spec. Path. u. Ther.* Bd. XVII.

stomia, si elimina l'eventualità che per causa di aderenze si abbia una recidiva dei dolori.

I dolori hanno sede diversa secondo la sede delle aderenze che ne sono causa. Così, quando le adesioni si fanno col fegato o con la vescichetta biliare, essi sono localizzati nel quadrante superiore destro dell'addome, o all'epigastrio a destra della linea mediana, e talora possono rivestire il carattere di coliche biliari.

Le aderenze posteriori sono causa di dolori ai lombi, o all'epigastrio con irradiazioni alla colonna lombare. La caratteristica irradiazione alla spalla sinistra propria dell'ulcera in corso di evoluzione, non appartiene alle aderenze perigastriche, le quali danno piuttosto luogo a irradiazioni nelle vicinanze e non a distanza.

Un'altra particolarità dei dolori da perigastrite sarebbe quella di essere poco o nulla influenzati dalle cure dietetiche, che invece hanno spesso ragione, anche completa, di quelli direttamente causati dall'ulcera: molte storie da noi consultate di pazienti affetti da estese aderenze perigastriche, dimostrano questi fatti in modo indiscutibile.

Il deperimento, la cachessia, le forti diminuzioni nel peso del corpo non son rare quando esistono aderenze perigastriche, ma possono osservarsi altrettanto notevoli quando queste manchino. Tuttavia, prima ancora che l'ulcera passando a guarigione dia una cicatrice stenotica, la stenosi stessa può esser dovuta ad aderenze, o a fissazione del piloro in posizione viziosa: i sintomi si confondono allora con quelli della stenosi pilorica cicatriziale.

In casi fortunati la palpazione dell'addome, oltre a rivelare aumento di resistenza più o meno profondo e, insieme, tensione dei muscoli addominali più viva in rapporto con la sede delle aderenze, riesce a determinare fino a un certo punto esattamente l'estensione delle aderenze stesse, per la dolorabilità che essa provoca in punti determinati. Dolori parossistici a sede fissa a livello delle aderenze possono osservarsi, del resto, anche spontaneamente.

All'infuori di questi sintomi, non crediamo che altri sieno veramente importanti nelle perigastriti adesive: non la esa-

gerata peristalsi del ventricolo, visibile alla ispezione; non le proprietà chimiche del succo gastrico, la presenza di maggiore o minore ristagno, le eventuali emorragie ecc.

Gli uni e gli altri si confondono con quelli dell'ulcera gastrica in corso d'evoluzione, o con quelli della stenosi pilorica e anche dello stomaco a clessidra, e non hanno importanza per la diagnosi di eventuali aderenze.

5. PERFORAZIONE ACUTA DELL'ULCERA GASTRICA NELLA CAVITÀ PERITONEALE

È fatto degno di nota che a noi non sia mai toccata l'osservazione di ulcere gastriche acutamente perforate, mentre queste costituiscono la maggioranza fra i pochi casi d'ulcera giunti all'autopsia nel locale Istituto Anatomico-patologico; casi tutti, questi, ad eccezione di uno, provenienti da sezioni mediche.

La sintomatologia delle perforazioni da ulcera gastrica nella cavità peritoneale libera non è difficile a tracciarsi oggi, in base ormai a centinaia di casi, che per lo più sono stati pubblicati in Inghilterra.

F. Brunner, nel notevole lavoro già più volte citato, raccoglie dalla letteratura, fino a tutto il 1902, 380 casi di operazioni per ulcera gastrica perforata. Possiamo aggiungere qui altri 157 casi operati fino alla fine del 1903, con un totale di 537 interventi per ulcera perforata acutamente nel peritoneo.

Questi nuovi casi (1), però, non modificano quasi affatto il quadro clinico tracciato dal Brunner.

(1) Casistica delle operazioni per ulcera gastrica perforata. (La numerazione continua quella del Brunner; il segno * indica che non è stato letto l'originale).

381-385*. Adamson, « Glasgow medical journal » 1901, Nov.

386-388. Althorp, « Lancet » 1903, vol. I, pag. 1522.

389. Aske, « British medical journal » 1903, vol. II, p. 1460.

390. Bertelsmann, « Münchener medicin. Wochenschrift » 1903, Nr. 12, pag. 534.

391. Bidwell, « Lancet » 1903, vol. I, pag. 1099.

Anzitutto, dal punto di vista eziologico, ricorderemo che le perforazioni possono avvenire in persone di tutte le età. Nessuna influenza à l'occupazione cui attende il paziente, il quale può essere persino coricato nel letto o seduto; a volte la perforazione avviene durante uno sforzo di vomito, nell'atto del ridere, ecc. Quanto alla distanza dal pasto, si sono osservate perforazioni durante questo o subito dopo, e talvolta anche dopo un lungo digiuno.

-
392. Blake, « Annals of surgery » 1903, June.
 393-394. Brunner C., « Bruns' Beiträge » Bd. XL, pag. 1.
 395-397. Dahlgren, Beitrag z. Behandlung d. perforierenden Magen- u. Duodenalgeschwürs. Leipzig 1903.
 398-401*. D'Arcy-Power, « St. Bartholomews Hospital Reports » vol. XXXVIII, pag. 5.
 402. Delore, « Lyon médical » 1899.
 403-443. English, « Lancet » 1903, vol. II, pag. 1707.
 444. Erdmann, « Annals of surgery » 1903, June.
 445. Evans, « Lancet » 1903, vol. I, pag. 730.
 446. Faure, « Semaine médicale » 1901, pag. 25.
 447. Fraser, « British medical journal » 1903, vol. I, pag. 427.
 448-450. Gibbon, Philadelphia Academy of surgery, ref. in « Annals of surgery » 1904, Jan.
 451-452. Gross, « Revue de chirurgie » 1904, n. 2.
 453. Hollis, « Lancet » 1903, vol. II, pag. 1575.
 454-456*. Hunter and Edington, « Glasgow medical journal » 1904, Sept.
 457-463. Körte, « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXIII, 1901, pag. 81.
 464-477. Körte-Brentano, Zentralblatt f. Chirurgie 1903, pag. 203-204.
 478. Lennander-Jensen, « v. Langenbeck's Archiv » Bd. LXX, pag. 132.
 479-488. Littlewood, « British medical journal » 1901, May 25.
 489*. Macewen, in Sutherland, « Glasgow medical journal » 1898, pag. 207.
 490*. Maunsell, « Medical press » 1903, April 1.
 491-498. M Robson, « Lancet » 1901, vol. I, pag. 1453.
 499-501. Mitchell, « Lancet » 1903, vol. II, pag. 588.
 502-510. Moynihan, « Lancet » 1903, vol. II, pag. 603.
 511-513. Murphy, « British medical journal » 1901, vol. II, pag. 1144.
 514. v. Noorden, « Münchener medicin. Wochenschrift » 1896, Nr. 35.
 515. Peake, British medical journal » 1903, vol. II, pag. 1326.
 516-520. Rettberg, Diss. Marburg 1903.
 521-522*. Rosing, « Hospitalstidende » R. IV, XI, 1903, pag. 397.
 523-525. Smeeton, « British medical journal » 1903, vol. II, p. 1588.
 526. Stewart, Philadelphia Academy of surgery, ref. in Annals of surgery 1904, Jan.
 527. Thomas, in Backmann, « Lancet » 1904, vol. I, pag. 579.
 528*. Thompson, « Hospitalstidende » 1901, n. 33.
 529. Tilton, New York surgical Society, ref. in « Annals of surgery » 1903, April.
 530. Tonking, « Lancet » 1904, vol. I, pag. 91.
 531. Tuffier et Guibal, « Bulletin de la Société de chirurgie » 1903, pag. 600.
 532*. Verdelet, « Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie » 1900, pag. 227.
 533*. Vignard, in Brun, Thèse Lyon 1901.
 534-536. Wallis, « Lancet » 1903, vol. II, pag. 1086.
 537*. Weber, « Bohlnskaja Gaseta » 1901, n. 25.

I sintomi della perforazione acuta di un'ulcera gastrica sono in certo modo caratteristici soltanto nelle prime ore dopo la perforazione; in seguito, il quadro si confonde di solito con quello della peritonite acuta generale, della quale può essere difficile rintracciare l'origine, se non soccorrono i dati anamnestici.

La perforazione di un'ulcera gastrica si manifesta coi seguenti segni:

1. Dolore (spontaneo e alla pressione).
2. Vomito.
3. Rigidità, poi distensione del ventre.
4. Scomparsa dell'ottusità epatica.
5. Alterazioni nella temperatura, nel polso e nel respiro.
6. Fenomeni riguardanti lo stato generale, il comportamento delle feci, urine ecc.

1. — Il *dolore*, che interviene acutamente, improvviso, è il sintomo fondamentale: esso segna il momento in cui la lacerazione è avvenuta ed è veramente eccezionale che manchi.

Il dolore acuto da perforazione è talvolta preceduto da dolori più deboli che possono essere cominciati poche ore, come pure alcuni giorni prima.

Brunner raccoglie 9 di questi casi: ricorderò inoltre quello operato da Bidwell (1), in cui l'ammalata, donna di 24 anni, da una settimana soffriva di dolori all'epigastrio, e, quando intervenne il dolore brusco da perforazione, ebbe anche una leggera ematemesi.

L'acutezza del dolore è tale che di solito i malati restano impotenti a camminare, cadono a terra, gridano e si sentono morire. Se la perforazione è piccola, però, eccezionalmente i pazienti possono essere in grado di recarsi da sé stessi a casa e conservano piene le facoltà della mente: fatti che possono avvenire anche in seguito a somministrazione di oppiacei.

Il dolore, di solito dappprincipio localizzato in un punto determinato, specialmente all'epigastrio (solo in 1/6 dei casi,

(1) in Bayly, *Lancet* 1903, April 18, caso 3.

secondo Brunner, non sarebbe localizzato nella sede della lesione o nei suoi dintorni), si diffonde poi rapidamente a tutto l'addome, salvo a rimanere più vivo nel punto iniziale; come pure può irradiarsi verso la spalla, il braccio, la coscia ecc.

Al dolore spontaneo si deve aggiungere quello *da pressione*, con sede per lo più all'epigastrio o nell'ipocondrio sinistro: all'inizio, esso presenta un punto di maggiore intensità, corrispondente al punto dove il malato avvertì il primo dolore acuto. In certi casi il dolore più intenso può però essere avvertito in punti lontani dalla sede della perforazione (regione ileo-cecale, fossa iliaca sinistra ecc.): ciò che ha grande importanza per la diagnosi.

2. *Vomito*. - Il vomito è un sintomo non costante, per quanto molto frequente. Nei casi di English (1) ad es. avvenne nella proporzione di oltre il 75 % dei malati. Esso è un sintomo iniziale, che si osserva subito, o quasi, e non è da confondere col vomito che può intervenire dopo le prime 24 ore come segno della peritonite generale. Abbiamo già detto d'un caso in cui la perforazione fu accompagnata da ematemesi: tali casi non sono certo eccezionali, ma non è possibile, leggendo la casistica, farsi un concetto sulla frequenza con la quale, assieme al vomito, si osserva emissione di sangue.

Talora il vomito è continuato, infrenabile; più raramente si riscontrano soltanto sforzi di vomito.

3. *Addome*. - Nelle prime ore che seguono la perforazione per lo più i muscoli della parete addominale si presentano tesi: il ventre è quindi per nulla tumefatto e persino può essere foggiato a barca. Roux, Brunner, Mc. Cullag ecc., osservarono casi nei quali il ventre era molle e trattabile subito dopo la perforazione: però la tensione, se anche non si presenta subito, può intervenire successivamente. Questo sintomo è spesso limitato ad un solo dei muscoli retti (spe-

(1) English, Remarks on 50 consecutive cases of perforated gastric and duodenal ulcer treated by laparotomy. *Lancet* 1903. Vol. II.

cialmente al sinistro), oppure soltanto alla parte sopraombellicale di essi.

La contrazione della muscolatura non è un fenomeno duraturo. Dopo un tempo vario da poche ore fino anche a due giorni, succede una tumefazione del ventre dovuta alla penetrazione di gas nella cavità addominale, oppure al meteorismo, o infine ad entrambi questi fattori insieme. Quando insorga la peritonite generale, la distensione del ventre a causa del meteorismo è, del resto, un fenomeno costante. In periodi tardivi è eccezionale che la distensione sia dovuta esclusivamente a gas libero, come nel caso di Steinthal che già abbiamo citato (pag. 9).

4. *Ottusità epatica.* - La ricerca dell'ottusità epatica dà risultati diversi secondo che il malato si osserva poco dopo, oppure dopo molte ore dalla perforazione. È evidente che la scomparsa dell'area epatica à valore diagnostico solo se avviene precocemente, in seguito potendo essere conseguenza della peritonite. Dalla statistica di Brunner su 147 casi, risulta che in poco più di metà delle osservazioni l'ottusità manca qualunque sia il tempo decorso dal momento della perforazione; negli altri casi è solo diminuita o persiste; la persistenza è alquanto più frequente nelle primissime ore, oppure oltre il primo giorno, che non fra 11 e 24 ore. Sebbene, nelle statistiche del Brunner, queste cifre riguardino complessivamente perforazioni da ulcere gastriche e duodenali, possiamo ritenerle esatte anche considerandole in rapporto alla sola ulcera gastrica.

English, su 43 casi, trovò 11 volte l'ottusità epatica normale, 12 volte assente, 20 volte diminuita. Questa diminuzione era per lo più limitata dal legamento falciforme, e in tal caso l'ottusità era più spesso assente alla sinistra che alla destra del legamento.

L'ottusità epatica può mancare anche a ventre non disteso.

La *percussione del ventre* può scoprire inoltre differenze nel timpanismo da un punto all'altro dell'addome, ed anche zone abnormi di completa ottusità. Se questo sintomo si osserva entro le prime 24 ore, acquista grande importanza, perchè

indica l'avvenuto versamento di contenuto gastrico. L'ottusità è più frequentemente osservabile al lato sinistro oppure da ambo le parti, più raramente si osserva in regioni lontane, come ad es. nella regione ileo-cecale.

L'ascoltazione del ventre può dare risultati notevoli quando con essa si avvertano dei rumori di sfregamento, i quali per la loro sede forniscano un criterio sulla località della perforazione. L'ascoltazione può fare anche avvertire sulla regione gastrica un rumore metallico, sincrono ora col polso, ora col respiro, come avveniva per es. in due casi del Renton (1).

5. *Temperatura, polso, respiro.* - La *temperatura* non offre sempre il medesimo comportamento, ma in tesi generale si può dire che tende ad aumentare più ci si allontana dal momento della perforazione; in casi rari si ha immediatamente una elevazione febbrile notevole.

Come la temperatura, anche il *polso* offre grandi differenze da caso a caso. Talora è molto valido, anche molte ore dopo la perforazione; altre volte invece fin dai primi momenti diventa piccolo, frequentissimo, irregolare. Dal comportarsi del polso non si può trarre un criterio sulla quantità di contenuto gastrico versatosi nel peritoneo.

Quanto al *cuore*, in alcuni casi si è trovato l'urto della punta spostato in alto, in rapporto con notevoli distensioni del ventre.

Più costante è in certo qual modo il comportarsi della *respirazione*, che diviene frequente, superficiale e quasi esclusivamente toracica; la dispnea è spesso precoce, per causa della grande tensione dei muscoli addominali.

È invece un fenomeno tardivo il *singhiozzo*.

6. *Stato generale. Feci, urine.* - Lo stato generale è di solito molto grave: l'attitudine del paziente esprime il dolore, e frequentissimi sono gli stati di collasso: d'altra parte già

(1) Adamson and Renton, The signs and symptoms of perforated gastric ulcer etc. *British medical Journal*, 1897, Aug. 11.

dicemmo che eccezionalmente il paziente può ancora camminare, essendo relativamente in buone condizioni. A volte, anche dopo un periodo di collasso, si à un periodo più o meno lungo di *riposo*, in cui il dolore si calma, il vomito, se v'era, cessa, il polso e la temperatura possono tornare normali, e persino l'esame obbiettivo del ventre può essere negativo; tutto ciò anche indipendentemente da iniezioni di morfina, talora anzi in grazia a somministrazione di eccitanti.

Frequente è la *stipsi*, che si accompagna inoltre a completa ritenzione dei gas, quando si sviluppa la peritonite. Le *urine* sono per lo più normali; un certo tempo dopo la perforazione possono contenere indicano.

Non ci fermiamo sui sintomi della *peritonite generale*, allorchando questa si sviluppa; essa non ha nulla di diverso dalle peritoniti causate da appendicite, da strozzamento interno ecc. Se però, ad es., il versamento desse sintomi di compressione più sul polmone sinistro che sul destro, oppure se esistesse una maggior quantità di liquido nello spazio subfrenico sinistro, più facilmente si potrebbe scoprire il momento causale, quando altri dati più importanti facessero difetto.

6. PERFORAZIONI DELL'ULCERA GASTRICA AL DI FUORI DELLA CAVITÀ PERITONEALE.

Le perforazioni dell'ulcera gastrica al di fuori della cavità peritoneale non sono frequenti, e tracciarne quindi la sintomatologia non-è facile.

1. *Fistole gastriche spontanee*. - Kronheimer (1), fra 70 casi di fistola gastrica da lui raccolti, ne trovava 15 soli dovuti all'ulcera rotonda. Più recentemente, Rosenberg (2),

(1) H. Kronheimer. Spontan-Magenfistel als Folge eines Ulcus ventriculi. *Deutsche, Zeitschrift f. Chirurgie*. Bd. LIII, 1899, pag. 437.

(2) Rosenberg, Ulcus rotundum ventriculi mit Perforation durch die Bauchwand. Diss. München 1901.

comunicandone un nuovo caso, ne raccoglieva dalla letteratura 23. Nessun'altra osservazione avendo noi riscontrata successivamente, dobbiamo ritenere la cifra di 24 casi come la più probabile.

Queste fistole derivano da perforazioni di ulcere a sede nella parete anteriore del ventricolo, che per lo più hanno dato luogo, da tempo, ad una sintomatologia più o meno complicata; a un certo momento, in un punto della parete addominale corrispondente alla sede del dolore, si manifesta una tumefazione, per lo più dura, che a poco a poco aumenta di volume, mentre la cute sovrastante si arrossa.

In seguito, si forma nel centro una depressione (caso di Kronheimer), e poi un'apertura più o meno grande, da cui fuoriescono liquido scuro e resti alimentari. Contemporaneamente i dolori cessano o si fanno meno intensi.

La sede della fistola è diversa da caso a caso, ma per lo più si trova nella regione ipocondriaca sinistra, o all'epigastrio pure a sinistra, immediatamente sotto l'arco costale. L'apertura è rotondeggiante, di diametro vario da $\frac{1}{2}$ a 1 cm., spesso circondata da una tumefazione dura, non fluttuante, dovuta ad infiltrazione infiammatoria della parete.

Il liquido che esce dalla fistola è acido, ed à tutti i caratteri del succo gastrico; eccezionalmente contiene pigmenti biliari. Esso fuoriesce per lo più in seguito alle contrazioni peristaltiche del ventricolo; più di rado, invece, con scolo continuo.

Coll'andar del tempo, la fistola può aver tendenza ad allargarsi per un processo di digestione dei tessuti, oltremodo doloroso; inoltre la cute, per la continua irritazione dovuta al succo gastrico, diviene sede di eritemi molto noiosi. I malati soffrono per lo più di senso di sete, e perdono l'appetito. I dolori dovuti all'ulcera e al processo infiammatorio circostante possono inoltre riprendere, continuamente o ad intervalli.

Coll'andar del tempo, per la perdita dei materiali alimentari attraverso la fistola, avviene e si accentua un deperimento notevole, che può anche terminare con la morte per inazione; in altri casi, invece, avviene la guarigione spontanea della fistola.

2. *Fistole gastro-coliche.* - Conseguenza dell'anastomosi fra stomaco e colon è naturalmente il passaggio diretto degli alimenti dall'uno all'altro viscere, con rapido dimagrimento e morte per cachessia, se non interviene l'opera del chirurgo. Le feci sono composte dalle materie alimentari in istato di più o meno avanzata digestione gastrica, con presenza di succo gastrico; d'altra parte, il contenuto del ventricolo può avere lo stesso aspetto delle feci.

È pure frequente, e può essere anzi il primo segno con cui si manifesta la lesione, il vomito fecaloide (di scibale), oppure il prodursi del vomito contemporaneamente alla defecazione. Una prova diretta dell'esistente comunicazione tra stomaco e colon si à facendo ingerire al paziente sostanze facilmente riconoscibili (carbone, carminio ecc.), e ritrovandole poi nelle feci dopo poco tempo; oppure, riempiendo lo stomaco con acqua, si può veder questa fuoruscire dall'ano. Per l'irritazione che gli alimenti portano alla mucosa del crasso, avvengono poi facilmente dei catarrri colici, con diarree ribelli che contribuiscono a debilitare ancor più i pazienti.

La fistola gastro-colica si forma per lo più in individui che soffrono da tempo di ulcera gastrica; talora anche, durante un periodo di relativa calma, con pausa dei dolori e dei vomiti magari da anni, aumento in peso ecc. la fenomenologia della fistola scoppia improvvisa (ad es., col vomito intenso e fetido, come nel caso di Elsner [1]).

3. *Fistole fra tenue e stomaco.* - Per aderenze fra stomaco ed intestino tenue può aversi la formazione di una fistola, che corrisponde ad una gastro-enterostomia naturale e può avere reali effetti benefici, quando l'anastomosi si faccia con un'ansa alta del digiuno. Se invece essa avviene con un punto basso dell'ileo, si possono avere gli stessi inconvenienti delle fistole gastro-coliche. In un caso di Schulz (2), una stenosi

(1) Elsner, Eine Dauerheilung einer Fistula gastrocolica. *Münchener medicinische Wochenschrift* 1903, Nr. 32, p. 1386 - Zweig, Ein Fall von Fistula gastrocolica. *Wiener klinische Rundschau* 1900, Nr. 16.

(2) Schulz, Demonstration von drei Fällen gutartiger Magentumoren etc. *Aerztl. Verein in Hamburg. Münchener medicinische Wochenschrift* 1898, Nr. 43, p. 1398.

grave cicatriziale del piloro si complicava con una gastroenterostomia naturale che, per essere avvenuta dietro il restringimento, era rimasta senza alcun effetto utile sullo svuotamento del ventricolo.

4. *Fistola gastrico-biliare*. L'anastomosi fra stomaco e vescichetta biliare in seguito a ulcera gastrica è pure rara, per quanto sieno invece relativamente frequenti le aderenze fra i due organi, e specialmente fra piloro e cistifellea, come conseguenza di un'ulcera rotonda.

In un caso del Kehr (1), che si complicava però a calcoli della cistifellea, esisteva la sintomatologia classica di questa affezione, che si riacutizzava in seguito a disordini dietetici; probabilmente lo stabilirsi della comunicazione deve essere legato in questo caso tanto al carattere perforativo dell'ulcera, quanto all'affezione della vescichetta biliare.

4. *Fistola gastro-renale*. - È stata negata; Morris (2) però ne riporterebbe due casi, di cui uno proprio, e secondo Tuffier (3) se ne sarebbero descritti tre casi. Non si può però affermare che si sia trattato di ulcera gastrica perforata nel rene, poichè l'emissione di calcoli renali per la bocca, in essi avvenuta, depone forse per la localizzazione del processo primitivo nel rene.

5. *Fistola gastro-ureterale*. - In un caso recentemente descritto da Stein (4), la perforazione di un'ulcera gastrica deve ammettersi avvenuta nelle vie urinarie, e più precisamente, con molta probabilità, nel bacinetto sinistro. Questa comunicazione nel caso in parola non era l'unica, esistendo

(1) Kehr, Eilers u. Lücke, Bericht ueber 197 Gallenstein operationen etc. v. *Langenbeck's Archiv* Bd. LVIII, caso 7, a pag. 651.

(2) Morris, *American journal of the medical sciences* 1884.

(3) in Tuffier. Articolo « Rene » nel Trattato di chirurgia del Duplay-Reclus, traduzione italiana, vol. VII, p. 2. Vedi anche Handb. der praktischen Chirurgie von Bergmann, Bruns, Mikulicz Bd. II, p. 272.

(4) Stein. Ein Fall von chronischem Magengeschwür mit starker Blutung, circumscripter Peritonitis und doppelter Perforation im Darm und Harnwege. *Münchener medicinische Wochenschrift* 1903, Nr. 38.

anche una seconda perforazione nel colon trasverso o, forse, nel discendente.

I sintomi possono riassumersi nell'insorgenza improvvisa di vomito seguita da sintomi di peritonite, in una donna che già aveva sofferto di ulcera gastrica con ematemesi; otto giorni dopo, grave ematemesi e quindi svuotamento copioso di pus con l'urina e con le feci; iniziatosi il miglioramento in seguito a questi fatti, il pus fu emesso circa per otto giorni colle feci e quasi tre settimane con l'urina. Guarigione.

6. *Fistole gastro-pleuriche e gastro-polmonari.* - La perforazione nella pleura sinistra è forse più frequente di quanto non si creda; Strümpell (1) dice di averla più volte osservata. Essa porta ad una pleurite purulenta sinistra, con contemporanea o tardiva gangrena polmonare, a seconda della penetrazione più o meno rapida nel polmone. Secondo Strümpell, si dovrebbe sempre pensare all'ulcera gastrica in presenza di una pleurite purulenta sinistra insorta in apparenza spontaneamente.

Non crediamo di doverci trattenere sui sintomi di queste affezioni pleuro-polmonari: facciamo solo notare che non devono confondersi coi pio-pneumotoraci, con gli ascessi polmonari ecc. consecutivi alla formazione di un ascesso subfrenico, non trattandosi più in questi casi di un'ulcera che si perfora direttamente nella pleura o nel polmone.

7. *Perforazioni acute nel pericardio e nel cuore.* - Sono estremamente rare; in un caso del Fenwick (2) la perforazione avvenne nel pericardio in un soggetto che apparentemente godeva buona salute; successe morte improvvisa con acuto dolore cardiaco.

Più recentemente, Thue (3) descrisse un caso di perforazione nel cuore, che merita di essere ricordato.

(1) Strümpell, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der innern Krankheiten 1900, XII. Aufl., Bd. II., p. 96.

(2) C. Fenwick, A case of gastric ulcer perforating into the pericardium. *Lancet* 1897, Aug. 14.

(3) K. Thue, Blutungen bei Ulcus ventriculi et Duodeni: Perforation eines Geschwürs in Herz. *Norsk Mag. for Laegevidenskaben* 1903, N. 3, rif. anche in *Semaine médicale* 1903, pag. 284.

Un uomo di 48 anni, da 8 anni affetto da gastrite cronica alcolica, negli ultimi tempi aveva presentato sintomi di pneumotorace sinistro e leggero spostamento del cuore verso destra, poi di doppio versamento pleurico e peritoneale scarso; fatti di cui era guarito, rimanendo in scena solo i sintomi gastrici. Lo stomaco pareva alquanto disceso in basso e vi erano segni di ristagno. Lavature gastriche. Un giorno, sentendosi indisposto, il malato richiese la lavatura sperando ricavarne giovamento; ma la sonda aveva appena passato l'istmo delle fauci, allorquando avvenne un'ematemesi formata da 1500 grammi di sangue rosso vivo; sei ore e mezzo dopo, un nuovo vomito di circa mezzo litro di sangue, condusse a morte il paziente.

All'autopsia si riscontrò lo stomaco aderente al pericardio ed al cuore attraverso il diaframma, che era molto innalzato, giungendo fin verso il 3° spazio intercostale. Un'ulcera perforante del lato destro del cardias aveva messo in comunicazione la cavità dei due visceri, la perforazione nel cuore avendo sede al di fuori della commissura sinistra della valvola mitrale, verso la faccia posteriore del ventricolo, che aderiva allo stomaco.

La posizione elevata di quest'organo e la repulsione del diaframma spiegano sia l'apparente gastrectasia, sia il preteso pneumotorace sinistro.

8. *Perforazioni acute nel lume di grossi vasi.* - Sono anche queste rarissime; la sintomatologia è tutta compendiate in un solo fatto: la morte improvvisa per emorragia fulminante, che può manifestarsi con o senza ematemesi. Abbiamo già citato il caso di Noelle, in cui l'emorragia avvenne dal fegato corroso da un'ulcera penetrante, e quello di Schlikker che si riferisce ad una perforazione della vena splenica. Anche Soubeyran (1) osservò recentemente un caso di emorragia fulminante per ulcerazione dell'arteria splenica.

7. ASCESSO PERIGASTRICO

ED ALTRI ASCESSI INTRAPERITONEALI. ASCESSO SUBFRENICO.

1. *Ascesso perigastrico.* - Il quadro clinico dell'ascesso perigastrico è spesso molto oscuro e la complicazione non si scopre che all'atto operativo o all'autopsia. La sede dell'ascesso essendo nel maggior numero dei casi davanti al ventricolo, si

(1) Soubeyran, *Bull. et Mémoires de la Société anat.* 1902, II, 2.

riscontra nei casi più netti un tumore dell'epigastrio, più o meno esteso e delimitabile, di consistenza varia, eccezionalmente fluttuante, che a volte sembra diminuire con la compressione e può essere assai doloroso a tale manovra.

Altra volta si tratta solo di una resistenza più o meno definibile, dolorosa, all'epigastrio. Il paziente soffre per lo più di dolori molto vivi, accessuali: talora è anche in preda a febbre con brividi.

Il decorso può essere subacuto o cronico. Quando si tratta di perforazioni acute in una cavità delimitata da aderenze, i sintomi subiettivi sono perfettamente eguali a quelli della perforazione nella cavità peritoneale: dolore acuto, cioè, e per lo più vomito. Essi però non assumono mai molta gravità, e lo stato generale non se ne risente molto. Tutt'al più possono aversi segni lievi di reazione peritoneale e il dolore può persistere abbastanza intenso, localizzato in un punto per lo più fisso. In questa sede, corrispondente alla perforazione, si avverte inoltre obbiettivamente una resistenza più o meno dolorosa alla pressione. Non è infrequente che il vomito sia per lungo tempo insistente.

Nei casi in cui la perforazione avviene più lentamente e l'ascesso si forma a poco a poco, la sintomatologia è di solito molto oscura. Frequentemente si ha un quadro clinico che fa pensare ad un tumore da ulcera e solo all'operazione si riscontra che il tumore è dato da una proliferazione infiammatoria intorno ad una cavità più o meno ampia e per lo più ancora comunicante col ventricolo, a pareti spesso aderenti ai visceri (fegato e pancreas) o alle pareti addominali. A tali casi apparterebbe, ad esempio, quello già ricordato di Lindner e Küttner; il paziente soffriva ogni tanto di dolori colici e di vomiti, e si avvertiva sotto l'appendice xifoide una resistenza dolente alla palpazione, delimitabile in basso e a destra, indefinita verso l'arco costale sinistro: l'operazione scoprì un'estesa aderenza dello stomaco col fegato, che fu in parte resecato, mettendo così allo scoperto una cavità ancora comunicante col ventricolo. Con tutto ciò, osservazioni di questo genere sono piuttosto da collegarsi, come abbiamo fatto, con le ulcere penetranti.

Eccezionalmente, la sintomatologia è affatto chiara: così, ad es., Dahlgren (1) cita il caso di una donna che per sette anni aveva sofferto di dolori gastrici, acidità, e talora vomito anche con sangue. Dopo un periodo di benessere durato circa 6 mesi, essendo l'ammalata sdruciolata, intervennero dolori sotto lo sterno irradiantisi in alto verso la spalla sinistra e senso di bruciore all'epigastrio. Da allora vomiti, non mai sanguigni, così da essere costretta a ricorrere al latte; dimagrimento. Obbiettivamente si riscontrava all'epigastrio una sporgenza che si estendeva in basso fino a tre-quattro cm. sopra l'ombelico, a destra fino alla parasternale, a sinistra fino alla mammillare, mentre in alto scompariva sotto lo sterno: essa era molle, fluttuante, non però dolente. Cute alquanto arrossata. Nulla nel resto del ventre.

La diagnosi di ascesso perigastrico, che fu confermata poi dall'operazione, in questo caso non era difficile.

2. *Altri ascessi intraperitoneali* (esclusi i subfrenici). Il quadro clinico di questi ascessi può avere inizio acuto o subacuto; e cioè, o con segni di reazione da parte di tutta la sierosa (dolore diffuso, vomito, ecc.) che poi scompaiono per lasciar posto a fenomeni più localizzati, oppure con sintomi che fin da principio sono in rapporto esclusivamente col focolaio infiammatorio: e precisamente, un'abnorme ipersensibilità, localizzata diversamente a seconda della sede dell'ascesso, e dolore spontaneo. Nel punto che è sede di questo dolore si avverte più o meno facilmente una tumefazione a limiti netti o indefinibili, che in progresso di tempo diviene per lo più distintamente fluttuante e può essere accompagnata da rossore della cute.

Se l'ascesso si è formato in una cavità delimitata da anse intestinali, le anse contigue possono essere paretiche, distese, al contrario delle altre che conservano i loro movimenti peristaltici; cosicchè tutto il resto del ventre, al di fuori della tumefazione, può essere trattabile e indolente, ed il malato emette gas e feci dal retto.

In corrispondenza dell'ascesso non è raro trovare, anzichè una tumefazione delle pareti, un irrigidimento della muscolatura addominale.

(1) Dahlgren, Beiträge z. Behandlung d. perforierenden Magen- u. Duodenalgeschwürs. Leipzig 1903.

Quando l'ascesso si forma nel piccolo bacino, nello spazio del Douglas, si manifesta con tumefazione che comprime il retto, ed è facilmente palpabile con l'esplorazione rettale, e, nella donna, con quella vaginale, che farà avvertire la fluttuazione nel fornice posteriore, teso e dolente. Nella fossa ileo-cecale l'ascesso può simulare un'appendicite; nella regione lombare, una paranefrite.

Quando avvenga la perforazione dell'ascesso nel lume intestinale o nella vagina, il pus viene condotto all'esterno e può aversi la guarigione spontanea: se la perforazione avviene nella grande cavità peritoneale, si ha peritonite generale. La raccolta può anche spontaneamente riassorbirsi.

3. *Ascesso subfrenico*. - I sintomi dell'ascesso subfrenico non sono di solito difficili da riconoscere.

È frequente l'inizio brusco con dolore acuto all'epigastrio o nell'ipocondrio sinistro (raramente, in questi ascessi da ulcera gastrica, nell'ipocondrio destro), seguito talvolta da distensione del ventre, nausea e vomiti, come indice di una irritazione riflessa peritoneale. Per lo più, tuttavia, questa manca e nel quadro semeiologico rimangono soprattutto il dolore, che può irradiarsi alla spalla sinistra, l'elevazione termica, e la tumefazione più o meno evidente all'epigastrio con innalzamento del diaframma.

All'epigastrio, in corrispondenza della tumefazione, la parete è rigida, contratta, dolente, in modo che non la si può palpare e solo difficilmente si può avvertire un senso di fluttuazione profonda.

Con la percussione in corrispondenza della tumefazione, si trova una sonorità timpanica caratteristica, che sale più o meno in alto nell'ipocondrio e può completamente coprire e mascherare l'ottusità epatica. Lejars ha descritto un esempio tipico di questo genere (1). Altre volte, però, i limiti del fegato sono normali. Se invece di esaminare il paziente coricato, lo si fa sedere, si trova che, mentre nella parte

(1) Lejars. Les suppurations de la zone sous-phrénique. *Semaine médicale* 1902. caso 2° a pag. 100.

alta della tumefazione persiste la sonorità timpanica sud-descritta, nella porzione inferiore invece si ha ottusità completa. In corrispondenza della zona timpanica si può sentire alla percussione il rumore di pentola fessa ed alla ascoltazione un tintinnio metallico. Con leggiera scosse impresse al paziente, si avverte poi il rumore di succussione.

A questi sintomi deve aggiungersi la febbre (non però assolutamente costante), che all'inizio è accompagnata da brividi, e poi assume per lo più un carattere remittente: lo stato generale è depresso, si osservano anoressia, denutrizione progressiva ecc.

A volte i sintomi fisici sono diversi da quelli ora descritti, e precisamente, invece di aversi una tumefazione all'epigastrio e di riscontrare in questa regione le zone di ottusità e di timpanismo, la raccolta, molto profonda negli ipocondrii, può dar luogo a fenomeni che si manifestano solo con l'esame della parete inferiore del torace. Anche in questò caso si riscontreranno il timpanismo più o meno esteso e la zona di ottusità, modificabili nei rapporti reciproci a seconda delle posizioni che si fanno assumere al malato. Si hanno cioè i sintomi del pneumotorace vero, con questa particolarità, che esso scende molto in basso, con spostamento dei visceri addominali, mentre il cuore è spostato semplicemente in alto, e il polmone, al di sopra del limite superiore della raccolta, appare normale alla ascoltazione ed alla percussione. In questo modo il pio-pneumotorace subfrenico, che si potrebbe dire pseudo-pneumotorace, si distingue dal pio-pneumotorace vero.

La sintomatologia viene inoltre ancora modificata se vi hanno concomitanti versamenti pleurici o pericardici; tanto più poi, se havvi addirittura comunicazione fra le due cavità pleurica e subfrenica. Nel primo caso si hanno al torace i sintomi della pleurite essudativa, e, al di sotto, quelli dell'ascesso gazofo (suono polmonare in alto, poi ottuso per l'assudato pleurico, poi timpanismo, infine più in basso di nuovo ottusità); nel secondo caso non vi sono differenze fra i sintomi fisici che si ricavano dal torace e quelli che si scoprono più in basso.

Ai segni ricordati devonsi aggiungere infine quelli che può fornire una puntura esplorativa.

Quando avvenga la *perforazione dell'ascesso nella cavità peritoneale*, si hanno senz'altro i sintomi della peritonite generale, che conduce per lo più a morte rapida (Lennander, Grüneisen). Il peritoneo, come si è detto a proposito dell'anatomia patologica, può inoltre cadere in preda ad una infiammazione sierosa, come ad esempio nel caso XIV del Lennander (1). Questo autore fa notare, a tale proposito, che anche una peritonite purulenta può in certe condizioni passare a guarigione, quando si osservi un riassorbimento dell'essudato divenuto sterile, oppure la fuoruscita del pus attraverso l'intestino. Di questi esempi però non ne esisterebbero, consecutivamente ad ascesso subfrenico da ulcera gastrica; e solo nello stesso caso XIV di Lennander, dianzi citato, nel quale a un certo momento rapidamente scomparvero i segni dell'ascesso subfrenico, ciò sarebbe avvenuto per perforazione nel colon e consecutivo svuotamento all'esterno. Devesi notare, però, che la dimostrazione diretta di questo fatto manca.

La *perforazione dell'ascesso subfrenico nel polmone* può condurre a guarigione spontanea, oppure anche costituire un aggravante che conduce a morte rapidamente. In un'osservazione di Robson (2), un ascesso subfrenico formatosi un mese dopo la perforazione di un'ulcera gastrica (era avvenuta la guarigione spontanea della peritonite), dopo un mese si ruppe attraverso il polmone sinistro dando luogo a vomiche ripetute, e la guarigione non potè avvenire che dopo drenaggio della cavità ascessuale, fatto mediante incisione attraverso la parete toracica ed il diaframma.

8. STENOSI PILORICA CICATRIZIALE.

Premettiamo che i sintomi di stenosi pilorica possono complicare quelli di un'ulcera in atto, in certi casi in cui

(1) Lennander, Ueber die Behandlung des perforierenden Magen- und Duodenalgeschwürs. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie* Bd. IV, 1898.

(2) M. Robson, Diseases of the stomach. London 1901, pag. 171.

la lesione ha sede al piloro, oppure esiste un'ulcera cicatrizzata al piloro contemporaneamente ad un'altra in diversa regione del ventricolo, oppure, infine, quando la stenosi stessa dipende da una causa estrinseca (ad es. lesioni della cistifellea o delle vie biliari, affezioni del pancreas). Principalmente, però, la stenosi cicatriziale è, come vedemmo, un « *esito* », una « *conseguenza* » dell'ulcera gastrica che, avendo sede nel piloro o nelle sue immediate vicinanze, guarisce dando luogo ad una cicatrice stenosante.

La sintomatologia della stenosi pilorica da ulcera è abbastanza tipica, per quanto certi particolari possano essere diversi da caso a caso, e l'esame obbiettivo dei pazienti non sia spesso sufficiente a fare una diagnosi, senza il soccorso dei dati anamnestici e di esami accurati del chimismo e della motilità dello stomaco.

Dobbiamo anzitutto distinguere i casi cui dianzi accennammo, nei quali cioè trovasi al piloro un'ulcera in atto, stenosante, oppure esiste tuttora un processo ulceroso in altra sede, accanto ad una stenosi cicatriziale. In questi casi, oltre ai sintomi della stenosi pilorica, persistono tutti gli altri segni dell'ulcera in evoluzione, e cioè dolori, vomiti, talora ematemesi, eruttazioni acide ecc.; e non sono da escludersi eventuali complicanze, come la perforazione.

In un primo periodo, più o meno lungo, lo stomaco reagisce con l'aumento della contrattilità muscolare all'ostacolo che si va formando in corrispondenza del piloro: in tali condizioni non si ha una stenosi assoluta, ma, come felicemente la chiamava il Carle, una stenosi *relativa*: relativa, perchè il piloro permette bensì ancora lo svuotamento, ma questo è difficile, e si ottiene solo perchè interviene il compenso da parte della muscolatura del ventricolo. Che se la stenosi progredisce, la muscolatura perde il suo potere contrattile e si lascia sfiancare, subentrando così la stenosi *assoluta*.

La stenosi relativa non costituisce solo il primo momento della stenosi pilorica da ulcera, ma si osserva frequentemente in casi di atonia e ptosi gastrica, di peripilorite ecc. (Carle e Fantino).

Vediamo i sintomi. Nel primo periodo, i pazienti accusano l'insorgere di dolori nella regione pilorica mezz'ora o un'ora dopo il pasto, senso di oppressione al petto, eruttazioni acide, e anche vomito acido, che dapprima avviene ad intervalli, con residui di alimenti ingeriti, e finisce poi per essere quotidiano.

Altre volte i dolori non insorgono così regolarmente, ma si tratta piuttosto di senso di peso, pirosi, eruttazioni acide, vomito due-tre ore dopo il pasto, ma solo se questo fu grossolano; l'appetito può intanto essere conservato o no, e persino essere esagerato.

In una terza serie di casi si osservano gastralgie intense, che durano anche 5-6 ore e cessano solo col vomito, il quale insorge specialmente dopo ingestione di certi cibi. Talora, infine, i vomiti sono completamente assenti o quasi, e viceversa l'appetito manca ed i dolori sono intensissimi.

Obbiettivamente si nota di solito che i pazienti sono molto deperiti. A digiuno, lo stomaco presenta evidente guazzamento e può contenere anche 2-3 litri di liquido: disteso con gas, giungendo in alto sino alla quinta costa, può in basso arrivare a 6-13 cm. sotto l'ombelico. Sotto l'esame, lo stomaco si contrae, disegnando nettamente i suoi limiti all'esterno, mentre può essere negativa la palpazione del piloro.

Nel succo gastrico l'acido cloridrico sorpassa di solito il 2 ‰, e si ritrova anche a digiuno; altre volte manca; d'altra parte, può riscontrarsi scarso acido lattico.

Il ristagno, dunque, può già essere evidente e talora anche notevole, in questi casi di stenosi relativa.

Quando poi la stenosi si aggrava, si manifesta spesso un sintomo che i malati rilevano facilmente: cioè, nelle sostanze vomitate si trovano gli alimenti ingeriti 2-3 e anche più giorni prima. Inoltre il vomito, a differenza dei casi di stenosi relativa, è costante; e le sostanze vengono per lo più emesse in notevole quantità, perchè, a causa dell'atonìa, le pareti gastriche non reagiscono alla distensione e permettono che si raccolga una notevole quantità di materiale, prima che succeda il vomito. Lo stomaco, disteso in tal modo dal suo contenuto, si disegna spesso con evidenza sotto la parete addominale, e

talora si possono scorgere in esso delle contrazioni, le quali però sono destinate a riuscire quasi completamente inefficaci.

Alla così notevole distensione è dovuto il senso di peso di cui si lagnano questi pazienti; ed alle vane contrazioni delle pareti gastriche sono legati i dolori, spesso vivissimi, che per lo più solo il vomito riesce a far scomparire. Altri sintomi subiettivi sono la disappetenza, le eruttazioni acide e le irradiazioni dolorose, che possono essere simili a quelle dell'ulcera in corso di evoluzione.

Il vomito può essere caffèano; però le ematemesi si riscontrano più frequentemente nell'anamnesi remota di questi pazienti, che non in quella prossima.

Obbiettivamente, abbiamo già detto che lo stomaco si disegna spesso con evidenza alla ispezione; introducendo liquidi nel ventricolo, si riconosce frequentemente che esso tollera l'introduzione persino di tre litri di acqua, e che, disteso con gas, l'organo discende fino a 2-4 dita sul pube. Si tratta in questi casi di vera dilatazione gastrica, come già il Prof. Carle faceva notare, e non di ptosi; la ptosi, cui il Roux dava la massima importanza, può bensì essere concomitante, ma non esiste da sola nella stenosi cicatriziale del piloro.

In certi casi si constata all'epigastrio, o a destra della linea mediana in corrispondenza della regione pilorica, una resistenza più o meno evidente, talora a guisa quasi di tumore, che dipende dall'ispessimento della parete gastrica in rapporto col piloro, e può anche venire confusa con un vero neoplasma. Non è infrequente trovare inoltre alla palpazione una tensione abnorme dei muscoli retti addominali, specialmente del destro, nella porzione sopra-ombellicale.

Molta importanza ha l'esame con la sonda, per mezzo del quale si possono estrarre dal ventricolo sostanze ingerite parecchi giorni prima, e si può studiare, dopo pasti di prova, fino a qual punto arrivi la insufficienza motoria e come si comporti la secrezione. Più costantemente ancora che nei primi periodi, con la sonda, anche il mattino a digiuno, si estraggono abbondanti quantità di liquido, per lo più filante, giallo-verdastro o bruno, che può contenere tracce di sangue od anche di bile. In quest'ultimo caso (Strümpell) si può ammettere

che il piloro, oltre ad essere stenotico, sia anche *insufficiente*: vale a dire, per essere trasformato in un anello rigido, divenga addirittura incapace di contrarsi e quindi di aprirsi e di chiudersi oltre un certo grado, permettendo il reflusso di bile nel ventricolo. Si noti che spesso i tentativi di vuotare completamente il ventricolo con la pompa gastrica riescono infruttuosi.

Nel liquido estratto con la sonda a digiuno o dopo un pasto di prova (di Ewald o di Leube), sono interessanti parecchie ricerche, e cioè l'esame microscopico del sedimento, nei liquidi estratti a digiuno, e l'esame dell'acidità in rapporto agli acidi cloridrico e lattico. L'esame macroscopico poi, dopo i pasti di prova, darà un'idea grossolana del potere digerente del ventricolo, potendosi osservare che il pasto viene estratto completamente indigerito. Il potere di assorbimento, provato con la somministrazione di ioduro potassico in capsula gelatinosa, spesso non dimostra di essere alterato.

Per ciò che riguarda le secrezioni, poichè l'ulcera in evoluzione non sarebbe quasi mai disgiunta dalla ipercloridria, ci è sembrato interessante ricercare nella stenosi cicatriziale da ulcera la frequenza di questo sintomo. Questa ricerca sarebbe importante specialmente riguardo ai casi in cui si palpa o sembra di palpare un tumore, perchè questi si possono facilmente confondere con carcinomi, ed importerebbe sapere qual valore differenziale si possa dare alla presenza o meno della ipercloridria.

Dobbiamo però confessare che una esatta ricerca sotto questo punto di vista ci è stata impossibile, per la incompletezza delle notizie raccolte nelle storie cliniche.

Riferiamo quindi dei dati semplicemente approssimativi, dicendo che, secondo i nostri calcoli, non si potrebbero contare più di 10-12 casi % di stenosi cicatriziale da ulcera, in cui manca l'acido cloridrico libero: negli altri 88-90, questo sarebbe presente in quantità molto variabili e solo raramente raggiungerebbe il 3-5 ‰.

Quanto all'acido lattico, sarebbe presente circa nel 15-16 % dei casi, e si può riscontrare anche insieme ad acido cloridrico libero.

Criteri differenziali sicuri in base a questi dati non crediamo sieno possibili.

Quanto allo stato generale, abbiamo già avuto occasione di accennare che, in certi casi, è straordinariamente depresso: infatti, il vomito, i dolori, l'insonnia, le abnormi fermentazioni nel ventricolo ed il consecutivo assorbimento di prodotti tossici, portano facilmente ad uno stato di denutrizione gravissimo.

9. STOMACO A CLESSIDRA.

I sintomi dello stomaco a clessidra da ulcera gastrica si confondono spesso con quelli della stenosi pilorica cicatriziale; e cioè, prima i pazienti offrono la storia più o meno complessa di un'ulcera gastrica in evoluzione, poi presentano i segni di una stenosi. La localizzazione di questa stenosi non è sempre possibile clinicamente, perchè i sintomi caratteristici dell'affezione possono del tutto mancare.

Spesso i pazienti hanno la sensazione di un liquido che passa da una cavità ad un'altra con un udibile gorgoglio o mormorio (Mayo Robson), e in questi casi portando lo stetoscopio all'epigastrio si riesce talora ad udire il passaggio del contenuto gastrico attraverso la parte ristretta, tanto più se si comprime alternativamente ciascun lato dell'addome.

In due casi riferiti dal Mattoli (1), il modo di insorgere e la sede del « dolore » avevano una importanza speciale. Nell'uno, il dolore insorgeva un'ora dopo il pasto ed era localizzato nell'ipocondrio sinistro, col massimo di intensità in un punto situato alquanto a sinistra della linea mediana, quattro dita trasverse al di sotto dell'appendice xifoide; se non avveniva il vomito di tutte le sostanze ingerite, il dolore continuava 2-3 ore e finiva poi completamente. Nell'altro caso, il dolore insorgeva circa un'ora dopo la ingestione del cibo, alquanto a sinistra della linea mediana, ma

(1) Mattoli. La gastro-enterostomia. Metodi operativi, indicazioni, risultati. Roma 1903, oss. 8 e 14.

dopo 1-2 ore cambiava di sede spostandosi verso destra (coesistevano qui fatti di stenosi pilorica). Volendo procurarsi il vomito per ottenere la cessazione del dolore, la paziente aveva sperimentato più volte che ciò le riusciva facile nelle prime 2-3 ore, quando il dolore era localizzato a sinistra, mentre la cosa diveniva impossibile quando la sede del dolore si era spostata verso destra, quando cioè il contenuto gastrico era passato nella sacca pilorica ed era impedito di rifluire verso il cardias dallo stringimento esistente nella parte mediana dello stomaco. La malata distingueva benissimo le due « fasi » del dolore, e assicurava che il vomito spontaneo insorgeva sempre nella prima fase, mai nella seconda.

In casi favorevoli, distendendo lo stomaco con gas, si vede dapprima distendersi la sacca cardiaca, e in seguito anche quella pilorica, e si osserva allora un « solco » spesso molto evidente fra di esse (Schmid-Monnard (1); Eichhorst).

Però, se la stenosi è molto grave, può non riuscire la distensione delle due sacche; come pure la sacca più piccola potrebbe rimanere nascosta sotto il fegato, oppure, se le due borse sono abbastanza ampie, dopo insufflazione possono rimanere a contatto e non presentare il solco intermedio.

Un altro sintomo classico dello stomaco a clessidra è che, se si lava lo stomaco mediante la sonda gastrica, l'acqua di lavatura, dopo essere già fuoruscita pulita, appare torbida e commista a detriti alimentari che derivano dalla sacca pilorica.

Questo sintomo però, come pure la persistenza del rumore di guazzamento dopo lo svuotamento del ventricolo, potrebbero indurre in errore, se si credessero patognomonici; noi ci ricordiamo benissimo ad es. di averli riscontrati in una paziente della clinica (caso 97), nella quale all'atto operativo non si trovò invece che una stenosi pilorica. Sono casi in cui la stenosi si accompagna a notevoli gradi di dilatazione e di atonia gastrica.

Un segno analogo può osservarsi colla semplice introduzione della sonda, senza lavatura, quando defluisca il liquido

(1) Schmid-Monnard. Ueber Sanduhrmagen. *Münchener medicin. Wochenschrift* 1892. Nr. 19.

limpido, e a un certo momento segua, senza interruzione, materiale alimentare.

Wölfler (1) ha fatto anche notare che in certi casi, lavando lo stomaco, non è possibile ottenere la fuoruscita del liquido introdotto; e ciò perchè lo stomaco cardiale può essere ancora sufficiente dal punto di vista della motilità, mentre lo stomaco pilorico, più dilatato, è insufficiente. Ne viene che dopo 4-5 ore dal pasto di prova la saccoccia mediale è già vuota, ma i cibi ristagnano nella seconda sacca in cui la sonda non può entrare.

Invero, la seconda sacca può essere molto dilatata per lo spasmo pilorico dovuto all'ulcera ed all'ipercloridria, oppure per causa di una concomitante stenosi cicatriziale del piloro.

La dilatazione della seconda sacca è, d'altra parte, il fattore che rende spesso facile la diagnosi; chè, se la saccoccia distale è ristretta, l'equivoco con una stenosi pilorica è facilissimo.

Un altro mezzo diagnostico, suggerito da Ewald (2), è la *gastrodiafania*, che consiste nella introduzione di una lampada elettrica nello stomaco pieno di acqua; solo la sacca cardiaca viene illuminata, mentre la sacca pilorica resta oscura. Così pure, introducendo nello stomaco vesciche di gomma attaccate alla estremità della sonda, poi distendendole con aria, solo la sacca mediale resta distesa.

Quando lo strozzamento dipende da un'ulcera situata in immediata vicinanza del cardias, tanto più poi se l'ulcera stessa non è ancora del tutto cicatrizzata, la sacca cardiaca è piccola e formata esclusivamente dal cul di sacco superiore o grossa tuberosità del ventricolo [Mayo Robson (3)]; in tal caso il liquido, che appena entra nello stomaco passa sulla superficie ulcerata, può produrre dolore quasi imme-

(1) Wölfler. Ueber die Gastro-Anastomose beim Sanduhrmagen. *Brun's Beiträge* Bd. XIII, 1895, pag. 221.

(2) Ewald, Zur Diagnostik des Sanduhrmagens. *Deutsches Archiv für klinische Medizin*. Bd. LXXIII, 1902.

(3) M. Robson. *Lancet*, 1904, Jan. 2, oss. 15.

diatamente dopo inghiottito, e vien simulato, così, un restringimento esofageo; il sondaggio dell'esofago servirà ad escludere questa affezione.

Nel caso del Wölfler, la sacca cardiale, per quanto piccola, era tuttavia più grande di quello che non sarebbe nel caso ora citato: anch'essa però conteneva poco cibo e si svuotava sotto contrazioni dolorose, onde un senso soggettivo molesto di ripienezza ed obbiettivamente una denutrizione rapida dovuta alla difficile digestione degli ingesti nella seconda sacca.

La sensazione di ripienezza è appunto specialmente frequente, quando la saccoccia cardiale è piccola.

Quanto al vomito, la sua frequenza è in rapporto collo stato dello stomaco cardiale e colla gravità della stenosi.

Il chimismo gastrico nello stomaco a clessidra è stato poco studiato. Secondo un calcolo approssimativo fatto come per le stenosi piloriche, l'acido cloridrico libero sarebbe assente circa nel 20 % dei casi; mentre a sua volta l'acido lattico si riscontrerebbe con una certa frequenza.

Accenniamo infine ad alcuni sintomi obbiettivi che non hanno importanza diretta per la diagnosi: così talora si avverte un tumore, più o meno fisso e doloroso alla pressione, oppure un senso di resistenza più o meno definibile all'epigastrio.

Altre volte invece la palpazione è negativa: così pure le eventuali ematemesi, il deperimento notevole ecc. sono dati comuni anche ad altri stati dipendenti dall'ulcera gastrica.

Nel caso già riferito di *stomaco triloculare*, che descrisse Moynihan, la sintomatologia non era diversa da quella del comune stomaco a clessidra: nell'anamnesi remota, una storia comune di ulcera, con vomiti talora sanguigni, crisi gastralgiche ecc.; nell'anamnesi prossima, dolori dopo la ingestione dei cibi, e vomito quotidiano o quasi di liquido molto acido. Obbiettivamente si riscontrava, dopo lavatura gastrica, impossibilità di estrarre tutto il liquido introdotto; colla distensione mediante gas, aumento del timpanismo sub-costale, mentre la distensione dello stomaco all'epigastrio avveniva molto dopo; durante questa distensione, si notava uno speciale e forte rumore sulla estremità sinistra del ventricolo.

10. DEGENERAZIONE CANCEROSA DELL'ULCERA SEMPLICE.

Sulla possibilità della trasformazione di un'ulcera in cancro abbiamo già espresso il nostro parere, nè qui vogliamo ripeterci: ma per l'interesse che presenta lo sviluppo di un carcinoma in individui già affetti da ulcera, crediamo opportuno fermarci ancora su questo argomento. E ciò per ribadire il nostro concetto che si debba fortemente dubitare del rapporto diretto fra le due affezioni, ulcera e cancro, facendo osservare la straordinaria frequenza dell'ulcera nella donna, in confronto a quanto si osserva nell'uomo, mentre la degenerazione cancerosa dell'ulcera si sarebbe osservata più frequentemente nel sesso maschile. Nè siamo d'accordo con Oettinger (1) nel ritenere che questa predominanza del cancro nell'uomo si possa spiegare col fatto che la gastrite parenchimatosa con ipercloridria, causa abituale e predisponente dell'ulcera gastrica (?!), si osserva più frequentemente nell'uomo che nella donna; prima di tutto, perchè questo rapporto fra gastrite ed ulcera, ammesso bensì anticamente dal Cruveilhier, e più di recente dal Colombo e dal Galliard, è stato dimostrato erroneo dalle ricerche successive; secondariamente perchè, se veramente la gastrite si osservasse più frequentemente nell'uomo e viceversa fosse la causa abituale e predisponente dell'ulcera, non si comprenderebbe come l'ulcera stessa, e non solo il cancro, non si dovesse trovare nell'uomo più di frequente che nella donna.

Per noi, ripetiamo, questa maggiore frequenza nel sesso maschile, non fa che aumentare il dubbio sul preteso rapporto fra ulcera e cancro in molti dei casi descritti con questo concetto.

Ma vediamo il lato clinico della questione: quali sintomi cioè possono riscontrarsi per la trasformazione maligna di un'ulcera.

(1) Oettinger, De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère simple de l'estomac. *Semaine médicale* 1903, n. 26.

Spesso, il più delle volte forse, non havvi alcun segno che la faccia supporre: la malattia decorre con una sintomatologia che ricorda piuttosto l'ulcera che il cancro, o viceversa, e a seconda dei sintomi predominanti si fa la diagnosi.

Eccezionalmente in questi casi può intervenire una complicazione che lasci dei dubbi sulla natura del male: ad es. un'ematemesi abbondante, rara nel carcinoma, potrà, nel decorso di un supposto cancro, farne sospettare l'origine da un'ulcera tuttora esistente.

Per ciò che riguarda le perforazioni, Oettinger riferisce un caso in cui la morte avvenne per perforazione, e dice che questo fatto doveva far supporre l'esistenza, non di un carcinoma semplice dello stomaco, ma di un cancro innestato sopra un'ulcera gastrica. È facile però obiettare che non sono del tutto rari i carcinomi che sono causa di perforazione del ventricolo.

Il decorso tipico sarebbe quando il paziente, da tempo affetto da ulcera gastrica, in seguito, guarita o no l'ulcera, presentasse sintomi di carcinoma. E allora sarebbe veramente giustificata l'ipotesi della trasformazione maligna dell'ulcera.

Ma nelle osservazioni pubblicate, e qui è il nodo e insieme il punto debole della questione, i periodi dell'ulcerazione e della trasformazione in cancro sono per lo più confusi fra di loro, in modo che è impossibile discernere in quale momento quest'ultima si sia iniziata. Ora, non è più semplice, e forse più prudente, ammettere in molti di questi casi la presenza di un cancro ulcerato?

Il quadro tipico della complicità in parola può tuttavia essere tratteggiato, in base alle scarse osservazioni nelle quali essa può veramente ammettersi.

Subbiettivamente i malati soffrono dapprima di dolori accessuali insorgenti ad intervalli vari dopo i pasti, e cessanti di solito col vomito; ma poi, ad onta delle cure, i dolori si fanno persistenti, e talora più intensi, con sede all'epigastrio e irradiazioni al dorso, al torace, ecc. Questi dolori sarebbero insomma più violenti di quello che si osserva comunemente nel cancro, e d'altra parte avrebbero un carattere di conti-

nuità e soprattutto sarebbero ribelli al trattamento; ciò che difficilmente si osserva nell'ulcera.

I pazienti soffrono di inappetenza straordinaria e cadono presto in preda a cachessia. Anche i vomiti sono frequenti e consistono in materiale alimentare, talvolta commisto a sangue. Nello stesso modo si può osservare il melena, più persistente e meno abbondante che nell'ulcera semplice.

Obbiettivamente, si riscontrano per lo più pochi dati interessanti: frequente è provocare dolori alla pressione sul ventre, specialmente all'epigastrio; ma con la palpazione è difficile avvertire un tumore o una qualsiasi infiltrazione caratteristica; anche la dilatazione gastrica è per lo più scarsa, perchè lo stomaco non tollera cibi e li vomita con grande facilità.

L'analisi del succo gastrico può avere importanza, ma può d'altra parte lasciare fortemente in dubbio. Così, se con una sintomatologia più evidente pel carcinoma si trova ipercloridria, l'ipotesi dello sviluppo di un tumore su un'ulcera potrà essere ammessa; soprattutto poi, se all'ipercloridria si può dimostrare che succede ipoelcloridria (Krokiewicz).

CAPITOLO III.

Diagnosi dell'ulcera gastrica e dei suoi postumi

La diagnosi esatta ha pel chirurgo in questo, come negli altri campi della sua attività, una importanza essenziale: non perchè debbano sempre condannarsi le laparotomie che riescono soltanto esplorative, ma perchè, solo partendo da un rigido concetto diagnostico, si può sperare in una razionale terapia e si può avere il diritto di imporre un intervento.

Un'altra considerazione ci induce ad insistere sulla diagnosi, non solo in rapporto alla natura, ma anche al decorso della malattia, ed è che solamente in base ad una diagnosi esatta è possibile valutare se e quali pericoli nasconda ad un dato momento l'affezione, controllare l'efficacia o meno delle cure precedenti, stabilirne una nuova.

La diagnosi inoltre ha un gran peso nel giudizio definitivo sul valore del trattamento, sia medico, che chirurgico, in quanto tutti i casi dubbi dovranno essere scartati nell'apprezzamento dei risultati; invero, non infrequentemente si è creduto di guarire delle ulcere gastriche, mentre non si erano curate che delle gastralgie, delle stenosi spasmodiche ecc. ecc.!

Il nostro studio comprenderà la diagnosi:

1° Dell'ulcera in corso d'evoluzione, con o senza ematemesi (compresa la trasformazione in canero).

2° Delle ulcere callose e penetranti.

3° Della perigastrite adesiva.

4° Delle perforazioni nella cavità addominale o al di fuori.

5° Degli ascessi subfrenici, perigastrici ed intraperitoneali.

6° Della stenosi pilorica.

7° Dello stomaco a clessidra.

1. ULCERA IN CORSO DI EVOLUZIONE.

La diagnosi di ulcera rotonda è facilissima quando sieno insieme riuniti tutti i segni caratteristici che abbiamo descritti, e cioè i dolori acuti, trafittivi, localizzati, sopravvenienti a crisi specialmente dopo i pasti, il vomito sanguigno, l'anemia marcata, l'ipercloridria, specialmente se in soggetti giovani. Al contrario, se qualcuno di questi sintomi manca, si possono incontrare notevoli difficoltà diagnostiche.

Ad es. vi sono certe dispepsie nervose gravi, certe gastralgie di isterici o nevrastenici, che possono simulare grandemente il quadro dell'ulcera; d'altra parte, certe apparenti dispepsie nervose a un dato momento possono rivelarsi improvvisamente come dovute ad un'ulcera, perchè avviene una perforazione od una ematemesi.

L'*ematemesi* (meno, invece, il *melena*) è, invero, nei rapporti diagnostici il sintomo più importante; tanto che il clinico non può senza di essa fare diagnosi sicura, ma solo di probabilità. I risultati della nostra statistica, secondo i quali un gran numero di ulcere può decorrere senza il sintomo clinico della gastrorragia (v. a pag. 34), acquistano a questo proposito un grande valore pratico: essi insegnano che si deve sospettare di ulcera con una certa larghezza quando anche l'emorragia manchi, ma il resto del corteo sintomatico sia al completo.

In questi casi dubbi la cura sarà identica come nei casi accertati e il chirurgo, se indotto ad intervenire, spesse volte si incontrerà in cicatrici tipiche o in indurimenti da ulcera in atto. Il reperto operatorio, in tali circostanze, ha secondo noi capitale importanza per l'apprezzamento dei risultati, allo scopo di non essere fuorviati dal concetto di coloro che nei vomiti e nei dolori molto insistenti hanno voluto vedere i segni di ulcere rotonde, e poi, intervenuti con un atto operativo, pur non avendo alla bioscopia trovato un sol dato per convalidare la diagnosi, hanno tuttavia concluso per l'ulcera, e descritto poi altrettanti casi (certamente brillanti!) di guarigione di questa malattia.

Abbiamo detto quale valore diagnostico noi assegnamo all'ematemesi: ma è dessa sempre sintomatica di un'ulcera gastrica?

Certamente, no; tuttavia, oltre ai casi di ulcera, l'ematemesi si osserva assai raramente, e per lo più non accompagnata ad altri sintomi che lascino sospettare l'ulcera stessa. Così, ad esempio, si osservano ematemesi in casi di stasi venosa nel territorio della vena porta (come può accadere nello stadio iniziale della cirrosi atrofica), oppure in caso di trombosi di questa vena; più raramente in soggetti emofilici.

Soprattutto poi sono importanti quelle ematemesi che possono avvenire in isteriche, tanto più che facilmente la cardialgia nervosa può essere confusa con l'ulcera e una sopravveniente ematemesi potrebbe portare senz'altro a questa diagnosi. Realmente, in questi casi, per lo più non si tratta di ematemesi, ma il sangue deriva dalle gengive, dal faringe, dalle fosse nasali, e quasi sempre è molto fluido, chiaro e commisto a muco e saliva, come l'esame microscopico può dimostrare col reperto di abbondanti epiteli piatti, parassiti boccali ecc.

In queste malate, inoltre, esisteranno stigmate isteriche spesso numerose, che serviranno a fissare viemmeglio la diagnosi d'isterismo. Che se i sostenitori della genesi neurotrofica dell'ulcera gastrica sono forse propensi a vedere in questi casi altrettante ulcere, noi crediamo invece si debba essere ben guardinghi dal porre senz'altro diagnosi di ulcera appunto in tali circostanze, e si debba accertare sempre scrupolosamente la provenienza del sangue, per escludere una pseudo-ematemesi.

Il Testi (1), riferendo un caso in cui non vi furono ematemesi, in soggetto nevropatico, conclude egualmente per la diagnosi di ulcera, perchè dopo un primo periodo dispeptico, di cui avrebbe potuto dar ragione anche una semplice gastralgia, insorsero accessi dolorosi dopo la ingestione degli alimenti, con sospensione a digiuno, ripercussione del dolore

(1) Testi A., La patogenesi neurotrofica dell'ulcera gastrica. *Gazzetta medica italiana* 1902.

nella regione dorsale, esacerbazione dopo ingeriti cibi grossolani e infine vomito ipercoloridrico. Ebbene, anche con questi segni, non crediamo che la diagnosi avrebbe avuto qualche probabilità di sicurezza, quando non fossero insorti sintomi di peritonite, i quali lasciassero sospettare un tentativo di perforazione da parte di un'ulcera.

Che poi il trattamento medico usato contro l'ulcera possa trionfare anche di altre affezioni meno gravi, non deve meravigliare, e la guarigione, in seguito ad una cura siffatta, non indica necessariamente di aver avuto a che fare con un'ulcera. Molte volte nelle isteriche lo stato generale persiste poi relativamente buono, anche ad onta dei dolori e dei vomiti intensissimi.

Altra causa d'ematemesi possono essere le erosioni semplici della mucosa, d'altra parte rare, che furono descritte dal Dieulafoy; esse possono dare una sintomatologia analoga a quella dell'ulcera, ed essere passibili dello stesso trattamento.

Nel carcinoma le emorragie sono per lo più rare e, quando esistono, non sono gravi: però in certi casi di cancro può avvenire che giornalmente siano emesse col vomito piccole quantità di sangue.

Nei casi suddetti si deve diagnosticare se le emorragie provengono realmente dal ventricolo, oppure dal naso o dai polmoni.

Il primo sospetto si può eliminare con un esame accurato della cavità nasale. L'emottisi si distingue a sua volta per i precedenti polmonari che raramente mancano, per essere il sangue emesso colla tosse e non col vomito (per quanto in certi casi i due fatti possano essere contemporanei), per essere il sangue da emottisi per lo più rosso chiaro, schiumoso, commisto ad aria, alcalino, non coagulato, mentre quello di provenienza gastrica è per lo più scuro, commisto a resti alimentari con reazione acida e in parte coagulato: per il reperto obbiettivo polmonare; per il fatto che all'emottisi segue per lo più, durante un certo tempo, sputo sanguigno o commisto a strie di sangue (mentre all'ematemesi facilmente si accompagna il melena) ecc.

I *dolori* spesso sono nell'ulcera poco dissimili da quelli che si riscontrano in certe dispepsie nervose, in casi di semplice ipercloridria ecc.; anche nella gastrite, nella gastropatosi, più di rado nel carcinoma, possono insorgere dolori simulanti l'ulcera. In questo caso però sono rodenti, puntorii, localizzati spesso ad un punto fisso; è più marcata in essi l'irradiazione al dorso od alla spalla; si accentuano di più che nelle altre forme con la pressione sull'epigastrio.

Nella tabe possono aversi crisi gastriche dolorose; ma esse sopravvengono bruscamente ad intervalli molto vari di tempo, e sono disgiunte, per lo meno negli intervalli, da fenomeni dispeptici; esse si accompagnano poi ad altri segni per lo più manifesti della malattia.

Ma anche affezioni di altri organi possono essere causa di dolori che facilmente si confondono con quelli da ulcera. Così, ad esempio, la colelitiasi; in questo caso, quando non sieno riconoscibili alterazioni della cistifellea mediante la palpazione, si può facilmente esser tratti in inganno, giacchè, per quanto il dolore sia in generale a destra nella colelitiasi, a sinistra nell'ulcera, vi sono però delle eccezioni, ed anche il fatto inverso può verificarsi. Se poi si pensa che l'esame chimico del contenuto gastrico, l'esame della sufficienza motoria ecc., possono dare alla loro volta risultati dubbiosi, anche nella colelitiasi essendovi frequentemente disturbi gastrici non indifferenti; quando si pensi che spesso, anche nell'ulcera, la dolorabilità alla pressione si trova nella regione della cistifellea, si riconoscerà che la diagnosi può offrire reali difficoltà, se ai dolori, ai vomiti ecc. non si aggiungono le ematemesi.

L'*ipercloridria* può riscontrarsi, oltre che nell'ulcera rotonda, anche in altre affezioni; così per esempio abbiamo visto che può trovarsi nei casi di carcinoma, che si sviluppano sopra un'ulcera. In tali circostanze, il cancro potrà suppersi solo se a un periodo lungo di ipercloridria sussegue poi una modificazione in senso inverso della secrezione gastrica.

Nelle stenosi benigne si riscontra pure facilmente l'ipercloridria, che, nelle stenosi da ulcera, abbiamo visto mancare appena nella proporzione del 10-12 % dei casi.

Certe nevrosi gastriche, la malattia di Reichmann, si

accompagnano all'ipercloridria. Insomma, questo sintomo non è raro all'infuori dell'ulcera.

Ciò premesso, non sarà vano riepilogare in quali affezioni può esser necessaria la diagnosi differenziale con l'ulcera gastrica.

1. *Carcinoma del ventricolo.* - L'ulcera è più frequente nelle donne e nei soggetti giovani al di sotto di 40 anni, mentre il carcinoma si riscontra più spesso dopo quest'età e senza predilezione per uno dei sessi.

Nel carcinoma è frequente palpare un tumore o un'abnorme resistenza all'epigastrio, nella regione pilorica ecc., ciò che nell'ulcera semplice in corso di evoluzione è invece un'eccezione. La scomparsa nel cancro è assoluta, specialmente per la carne; nell'ulcera, invece, spesso l'appetito è conservato. L'ematemesi è rara nel carcinoma, e quando avvenga è continuata, non molto abbondante; inoltre l'emorragia si manifesta col melena forse più facilmente che nei casi di ulcera, certo poi più a lungo. Nell'ulcera sarebbe costante o quasi l'ipercloridria, mentre nel cancro di regola si nota anacloridria.

Il decorso della malattia è di solito più rapido nel carcinoma che nell'ulcera: e in quello i pazienti assumono più presto la tinta paglierina caratteristica e si fa pronunciatissimo il dimagrimento. Anche il carattere dei dolori è diverso, come si è visto, nel cancro in confronto all'ulcera.

Più difficile è la diagnosi dei casi di ulcera-carcinoma, quando cioè un cancro si sviluppa sull'ulcera o insieme ad un'ulcera: perchè sia possibile, occorre che i due periodi siano ben distinti fra di loro ed anche in tal caso non potrà farsi che diagnosi di probabilità. Così, quando al dolore gastralgico segua una dolorabilità continua o quasi, ad onta della dieta rigorosa, del riposo, ecc. e tanto più se questi dolori non ritraggono sollievo dal vomito; quando insorga inappetenza assoluta, dopo un periodo in cui mancava il disgusto per i cibi; quando il deperimento si accentui e progredisca ad un tratto rapidamente, quando si osservino emorragie (ematemesi o melena) scarse ma continuate, e, come si disse, succeda l'ana - all'ipercloridria e lo stomaco non si presenti molto dilatato (a causa della grande intolleranza ai cibi); tanto più, infine, quando si renda palpabile un tumore che prima non esisteva, si potrà supporre lo sviluppo di un cancro sopra un'ulcera preesistente.

2 *Atonia gastrica, dispepsia nervosa, gastro-succorrea ecc.* Abbiamo detto che la diagnosi differenziale può essere molto difficile.

Una grande importanza noi diamo a questo proposito al sopravvenire di ematemesi, e già abbiamo visto come si differenzino le pseudo-ematemesi isteriche. L'ematemesi dipendente da ulcerazioni come nella gastrite, si ha più specialmente nei bevitori, in cui i vomiti intervengono piuttosto al mattino con caratteri di vomiti mucosi. Grande importanza ha poi l'insieme dei sintomi: dolori, ematemesi, ipercloridria, che uniti bastano per la diagnosi di ulcera. Così pure la dipendenza dei dolori dal pasto, dalle posizioni, i disturbi dispeptici nelle pause fra gli accessi, la mancanza di altri disturbi nervosi, e il risultato negativo coll'uso di antinevralgici depongono per l'ulcera contro la gastralgia. Nei casi dubbi, un mezzo diagnostico recentemente usato [Goldscheider (1)] è l'ortoformio, sostanza analgesica solo quando sia a contatto con terminazioni nervose: cosicchè nella gastralgia, gastrite, ecc. la somministrazione di ortoformio rimarrebbe senza effetto, laddove avrebbe spiccata azione analgesica nell'ulcera rotonda (2).

3. *Ulcera duodenale*. - L'ulcera rotonda può manifestarsi nel duodeno, per quanto più raramente che nel ventricolo, dando luogo a complicanze per lo meno altrettanto gravi (emorragie, manifestandosi più col melena che con l'ematemesi; perforazioni acute; stenosi, ecc.). La diagnosi differenziale fra le due affezioni può offrire delle reali difficoltà: si tenga conto del fatto che l'ulcera duodenale è più frequente nell'uomo (80 % dei casi, secondo taluni), che nella donna. Inoltre alcuni caratteri sarebbero per così dire specifici [Tricomi (3)]: dolore istantaneo tre o quattro ore dopo il pasto e della durata di 2-3 ore, sotto forma di colica intestinale, e poi benessere; dolore alla pressione nel quadrante superiore destro con maggiore intensità nello spazio compreso tra la cicatrice ombellicale ed il margine costale in corrispondenza della parasternale; dopo un pasto, vomito, però non frequente; ematemesi rara e lieve; melena spesso abbondante che si ripete di tempo in tempo, preceduto da colica intestinale; assenza di ipercloridria.

Però se l'ulcera duodenale è molto vicina al piloro, la diagnosi differenziale con l'ulcera gastrica è impossibile.

4. *Ernia epigastrica*. - In certi casi di gastralgia violenta, la causa risiede in un'ernia epigastrica; però mancano tutti i sintomi

(1) Goldscheider, *Deutsche medicin. Wochenschrift* 1898.

(2) Vedi anche Memmi, Note di semeiologia gastrica. *Riforma Medica* 1901, n. 112-116.

(3) Tricomi, Contributo alla patologia ed alla cura chirurgica dell'ulcera semplice duodenale. 1° Congresso Medico Siciliano 1902 in *Policlinico*, sez. pratica 1902, pag. 1069.

principali dell'ulcera, e solo ricordiamo come anche a questa affezione si debba in certi casi pensare. Mikulicz (1) ha osservato due casi in cui l'ernia epigastrica e l'ulcera gastrica erano associate nello stesso individuo. Un caso simile si è pure osservato recentemente nella Clinica del Bruns (2) e un altro ne riferì il Giordano (3).

5. *Affezioni della cistifellea e delle vie biliari.* - Delle gastralgie provocate da queste malattie e del loro carattere differenziale con quelle da ulcera già abbiamo detto. Molte volte la diagnosi di affezione delle vie biliari è pressochè impossibile, tanto più che anche per calcoli nel cistico o nella cistifellea l'ittero di solito manca ed i caratteri del dolore sono piuttosto riferibili al ventricolo. Un'ulcera può però escludersi quando manchino l'ipercloridria e le ematemesi: contro la colelitiasi parlano poi la dipendenza dei dolori dal pasto, con disturbi dispeptici anche nelle pause fra i dolori, e la mancanza di dolori e tumefazioni in rapporto col fegato.

6. *Rene mobile.* - Come Penzoldt (4) fa notare, il rene mobile può simulare il quadro dell'ulcera gastrica, l'ipercloridria compresa, e solo esclusa l'ematemesi.

Occorre la palpazione bimanuale del rene che dica se e quanto il rene (sinistro per lo più) è mobile e doloroso alla palpazione stessa: inoltre si può provare l'uso di una adatta fascia.

7. *Vomiti gravidici.* - Secondo lo stesso Penzoldt, prima di fare diagnosi di ulcera gastrica, si dovrebbe sempre escludere l'eventualità che si tratti di vomiti da gravidanza.

8. *Nevralgie intercostali.* - Franke (5) ha richiamato l'attenzione sul fatto che certe nevralgie dei nervi intercostali e lombari, secondarie soprattutto ad influenza, possono dare un quadro simile a quello dell'ulcera gastrica.

(1) Mikulicz, *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie* Bd. II, 1897, pag. 217.

(2) Trendel, Ueber die mit der Gastroenterostomia posterior in der Tübinger Klinik gemachten Erfahrungen. *Bruns' Beiträge* Bd. XXXIX, 1903. Caso 25.

(3) Giordano, *Rivista Veneta di scienze mediche* 1910, pag. 250.

(4) Penzoldt, Behandlung der Magenkrankheiten, in *Handbuch der spec. Path. der inneren Krankheiten*, 1896, Bd. IV.

(5) Franke, Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. Leipzig, 1900.

9. *Neuralgie del plesso celiaco.* - Possono dar luogo a disturbi gastrici gravi con punto doloroso fisso (non ematemesi!), che fa facilmente pensare all'ulcera gastrica. In un caso di Franke, si trattava di una grossa ghiandola tubercolare mesenterica nella regione del plesso, non palpabile dall'esterno.

10. *Certe forme di coliti* e così pure, in casi speciali, la *retroversione uterina* hanno, infine, indotto alcune volte in errore. A noi basta far cenno della possibilità dello scambio, che un esame obbiettivo accurato varrà per lo più ad evitare.

2. ULCERE CALLOSE PENETRANTI.

I casi in cui l'ulcera si manifesta alla palpazione, sia come un tumore vero e proprio, sia come una resistenza profonda o superficiale più o meno delimitabile, hanno un grande interesse chirurgico. Rientra invece la sintomatologia in quella comune dell'ulcera semplice in evoluzione, quando un'ulcera callosa non si palpa dall'esterno.

Nei casi di ulcera callosa aderente alla parete addominale, la diagnosi differenziale verte essenzialmente su due punti: eliminare cioè i tumori maligni della parete stessa ed i carcinomi del ventricolo.

Contro l'ipotesi di un tumore maligno della parete addominale sta il fatto dei disturbi gastrici precedenti lo sviluppo del tumore e man mano più notevoli: tenendo conto quindi dei precedenti e concomitanti sintomi che parlano per un'ulcera gastrica, la palpazione di un tumore coi caratteri descritti a pag. 40, deporrà senz'altro per la diagnosi di ulcera penetrante nella parete addominale. Più difficile può essere la distinzione con un carcinoma del ventricolo diffuso alla parete. L'età del paziente, la lunga durata dei disturbi, la presenza nel succo gastrico di acido cloridrico in eccesso (che però, come vedemmo, può anche mancare), lo sviluppo prevalente del tumore a contatto colla parete, saranno i criteri differenziali utilizzabili.

Quando l'ulcera callosa non è aderente alla parete, ma è libera, oppure penetrante nel fegato o nel pancreas, o aderente

alla parete addominale posteriore, i criterii diagnostici differenziali dal carcinoma possono essere molto scarsi: si aggiunga che in questi casi manca con una certa frequenza l'ipercloridria e si comprenderà quanta difficoltà diagnostica può esservi. La sede del tumore, la sua resistenza, l'estensione non possono offrire alcun criterio; quando poi manchino o sieno indefiniti i sintomi d'ulcera, ciò che abbiamo visto poter accadere, la diagnosi deve ritenersi impossibile. Ora, per quanto nei casi dubbi sia forse più prudente pensare al carcinoma, affezione più frequente che non all'ulcera callosa, tuttavia, in rapporto alla cura, si deve essere piuttosto propensi ad intervenire chirurgicamente, che non a negare un atto operativo che potrebbe essere salutare.

3. PERIGASTRITI ADESIVE.

In rapporto alla perigastrite adesiva, la diagnosi deve riguardare il fatto dell'esistenza delle aderenze e la causa.

Un carattere che deve far pensare alla presenza di adesioni è il comportarsi dei dolori, riguardo sia al loro modo di comparire, che alla loro intensità. Infatti, quando esistono aderenze, queste provocano dolori non solo qualche ora dopo il pasto, ma spesso anche non appena iniziano le contrazioni del ventricolo e le aderenze vengono così stirate. I dolori da perigastrite hanno insomma un carattere di continuità che manca per lo più nell'ulcera non complicata, pur essendo alla lor volta essenzialmente legati alle cause che eccitano i movimenti del ventricolo. Inoltre codesti dolori sono spesso intensissimi, perchè dovuti all'ulcera di per sè e alle aderenze; l'intensità spesso non diminuisce anche quando una di queste cause sia scomparsa, per la guarigione dell'ulcera.

Dobbiamo qui di nuovo ricordare le affezioni delle vie biliari, come quelle che possono dar luogo a fenomeni di peritonite circoscritta che, estendendosi per lo più al duodeno ed alla regione pilorica, si risolvono poi in aderenze perigastriche. Alle affezioni extragastriche si dovrà dunque pensare ogni qualvolta i dolori non hanno carattere assolutamente

tipico, come pure nei casi in cui la palpazione della regione pilorica fa avvertire una resistenza o una tumefazione che si tenderebbe a riferire al ventricolo. Questi casi, come già vedemmo anche per i tumori da ulcera callosa, possono indurre facilmente in errore, e per stabilire la diagnosi si dovrà raddoppiare di finezza nelle ricerche dei precedenti anamnestici, spesso i soli che possono avere qualche valore.

Un altro errore possibile, in casi di aderenze perigastriche estese, è lo scambio col carcinoma. Infatti, le irradiazioni dolorose nelle vicinanze più che a distanza; la resistenza al trattamento igienico-dietetico, che per lo più, invece, influisce favorevolmente sulle crisi gastralgiche da ulcera, il deperimento notevole in cui cadono i pazienti, sono sintomi troppo spesso proprii al carcinoma del ventricolo, per non mettere talvolta un dubbio nella diagnosi.

Si terrà conto in questi casi dei precedenti e dell'età del soggetto, del comportamento della secrezione acida del ventricolo, e soprattutto, se è possibile, dei risultati della palpazione.

Questa, infatti, può rimanere negativa per lungo tempo, ciò che nel cancro non avverrebbe. D'altra parte, la palpazione può riuscire, come si disse, a determinare fino ad un certo punto i limiti della dolorabilità corrispondenti a quelli delle aderenze: ciò che invano si cercherebbe in casi di cancro.

4. PERFORAZIONI DELL'ULCERA GASTRICA.

La diagnosi della *perforazione acuta nella cavità peritoneale* è di solito facile: ma può essere difficile determinare la sede della perforazione.

Un primo mezzo di diagnosi, in presenza di un malato nel quale si supponga avvenuta una perforazione, è l'anamnesi. Essa ci dirà, secondo F. Brunner nel 90 % dei casi, che il paziente soffriva precedentemente di un'ulcera gastrica presentandone più o meno completa la sintomatologia. In casi meno fortunati, disturbi gastrici possono essersi verificati in un tempo più o meno prossimo, senza avere

avuto le caratteristiche dell'ulcera; infine, in circa il 4 % dei casi, la perforazione avviene in soggetti che precedentemente apparivano sani.

Emorragie prima della perforazione si sarebbero riscontrate, secondo Brunner, nel 18 % dei casi e precisamente nel 13 % in forma di ematemesi, nel 5 % in forma di melena. Altre volte, nell'anamnesi sono registrati degli attacchi peritonitici più o meno intensi e talora anche ripetuti (1).

Stabilito che preesistevano dei disturbi gastrici, può essere utile tener presente che, in media, i sintomi di ulcera datano da maggior tempo nelle perforazioni di ulcera duodenale, che in quelle di ulcera gastrica [da più di un anno nei $\frac{2}{3}$ dei casi di ulcera gastrica e nei $\frac{5}{6}$ di quelli di ulcera duodenale (Brunner)].

Quanto al valore diagnostico dei sintomi, già abbiamo detto che tanto gli obbiettivi che i subbiettivi sono caratteristici per lo più solo nelle prime 24 ore: in seguito, hanno maggiore importanza i dati anamnestici che quelli obbiettivi.

La diagnosi di *sede* della perforazione si può calcolare possibile nell'87 % dei casi (Brunner), in base alla sede del dolore iniziale e della maggior dolorabilità alla pressione. Gli altri sintomi, data l'accennata loro incostanza (questo valga per la temperatura, il polso, le feci, il vomito, il singhiozzo ecc.) non hanno gran valore diagnostico. Tuttavia una elevazione termica può valere a togliere il dubbio, quando fosse possibile, di un dolore da gastralgia; anche la coincidenza del vomito col dolore da perforazione induce a portare l'attenzione al ventricolo, specialmente poi se il vomito è prevalentemente sanguigno.

Per la distinzione di sede fra stomaco e duodeno, valgono in parte i criterii enunciati a proposito della diagnosi differenziale fra ulcera gastrica e duodenale in corso d'evoluzione; così, il sesso maschile è più predisposto all'ulcera duodenale ed in proporzione ancora maggiore alla perfo-

(1) ad es. in un caso di Häberlin, *Münchener medicin. Wochenschrift* 1901, pag. 335.

razione di questa, tanto che solo nel 3 % delle perforazioni di ulcera duodenale si tratterebbe di donne (Brunner).

Il dolore iniziale è, nelle perforazioni duodenali, piuttosto a destra della linea mediana, mentre la sensibilità alla pressione è meno frequentemente nella sede della perforazione, e abbastanza spesso nella regione ileo-cecale. Quando poi non esistano precedenti gastrici, è più probabile che si tratti di ulcera duodenale: infatti l'anamnesi sarebbe negativa nel 24 % dei casi d'ulcera duodenale e solo nel 4 % dei casi di ulcera gastrica (Brunner).

Stabilito che la perforazione è nello stomaco, resterebbe a determinarsi in qual punto della parete gastrica è avvenuta. Come regola generale, può valere il fatto che, se la perforazione è nelle vicinanze del cardias, il dolore è probabilmente a sinistra, mentre questo può essere a destra della linea mediana, quando la perforazione avvenga nelle vicinanze del piloro (ciò che vedemmo verificarsi anche nelle ulcere duodenali). Questo punto della diagnosi è dunque facilmente incerto; diagnosticare poi se la perforazione è nella parete anteriore o in quella posteriore è addirittura impossibile.

Dobbiamo ora occuparci della diagnosi differenziale con altre affezioni addominali che possono simulare il quadro della lesione che ci interessa; più precisamente, della diagnosi con le perforazioni o rotture spontanee: di carcinomi gastrici, della vescichetta biliare, del tenue, dell'appendice vermiforme, di tumori ovarici, di gravidanze extra-uterine, di ascessi a diversa sede, ecc.

Nel *carcinoma del ventricolo* le perforazioni sono più rare che nell'ulcera; ne hanno riferiti esempi Stierlin (1), Oettinger, ecc., in casi di carcinomi sviluppati sopra ulcere, ma possono avvenire anche nel canero propriamente detto. Saranno allora importanti le notizie anamnestiche riguardo alla durata dei dolori, al loro modo di insorgere, all'inappetenza, alla cachessia, alla presenza di un tumore, ecc. Se un tumore sarà ancora palpabile anche dopo la perforazione, si potrà veramente dubitare che si tratti di carcinoma.

Perforazioni della *cistifellea* sono rare spontaneamente, senza rapporto con traumi; possono però simulare la perforazione del

(1) Stierlin, in F. Brunner, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Bd. LXIX, pag. 232.

ventricolo, come avvenne in un caso del Newbolt (1). Altre volte, tuttavia, la perforazione avviene in circostanze (preesistente tumore della cistifellea facilmente diagnosticabile, ittero, ecc.) in cui non si può pensare che ad una affezione del fegato o delle vie biliari (2). Che se anche i sintomi sopravvengono improvvisi e gravi, per lo più in seguito manca la sepsi, per la sterilità della bile [v. Arx. (3)].

Il *tenue* può perforarsi in seguito ad ulcerazioni tifose o tubercolari, ma in ambo i casi non sarà difficile orientarsi, in base ai sintomi precedenti e concomitanti.

L'*appendice vermiforme del cieco* è non raramente sede di perforazioni; ed è anche frequente la diagnosi di perforazione della appendice, quando invece si tratta dello stomaco. La differenziazione si può fare in base al dolore quasi mai così intenso ed improvviso come nell'ulcera gastrica perforata, e in base al fatto che per lo più avevano preceduto sintomi di appendicite più o meno evidente, coi caratteristici periodi di miglioramento seguiti da recidiva, col dolore localizzato al punto di Mc. Burney e non all'epigastrio, ecc. Avvenuta la perforazione, la tensione dei retti addominali si fa più frequentemente a destra nel quadrante inferiore, e qui succede, per lo più localizzata, non diffusa, la tumefazione del ventre. Così pure l'ottusità epatica, per lo meno nei primi momenti, persiste nella perforazione dell'appendice.

Questi caratteri differenziali hanno valore essenzialmente nelle primissime ore dopo la perforazione: in seguito non resta più che affidarsi ai criterii anamnestici.

Tumori ovarici possono perforarsi con dolore improvviso, vomito, delirio ecc.; il dolore è però meno acuto che nella perforazione dell'ulcera gastrica, e per lo più il tumore era già di volume così considerevole da non sfuggire all'osservazione. F. Brunner riferisce un caso di cisti ovarica dermoide, comunicante col retto, perforata nella cavità addominale, e diagnosticata prima per appendicite, poi per ulcera gastrica perforata.

Anche riguardo alle perforazioni da *gravidezza extra-uterina* sarà specialmente importante l'anamnesi; il dolore avrà inoltre sede sopra la sinfisi pubica o nelle fosse iliache e qui si potranno riscontrare zone di ottusità. Tuttavia questi reperti sono possibili anche per l'ulcera gastrica.

Ascessi della milza o del fegato, pio-salpingi, ascessi subfrenici ecc..

(1) Newbolt. *Lancet* 1902, vol. I, pag. 1534.

(2) B. Huguenin, Ueber einen Fall von Gallenblasenruptur etc. *Virchow's Archiv* Bd. CLXXIII. 1903.

(3) v. Arx, *Correspondenzblatt f. Schweizer. Aerzte* 1902, (da Brunner).

che si perforino, danno per lo più luogo ad una sequela di sintomi che, ricercati a dovere, faranno con tutta facilità escludere la perforazione acuta di un'ulcera gastrica. D'altra parte, gli accessi subfrenici, perigastrici, ecc. possono a lor volta avere per causa un'ulcera gastrica perforata.

Finalmente vi sono alcune *affezioni non legate a perforazione*, che possono simularne i segni. Notiamo anzitutto certe gastralgie violente, quantunque la febbre, l'assenza dell'ottusità epatica, le ottusità anormali ecc. sieno assenti: caratteri differenziali sono la ripetizione di altri simili accessi precedenti, la diminuzione del dolore spesso provocata colla compressione, la irrequietezza degli ammalati in confronto con la quiete forzata degli affetti da perforazione.

Ci contentiamo di accennare agli accessi stenocardici, alle coliche biliari e renali, che hanno per lo più caratteri differenziali non indifferenti, ma che tuttavia possono essere sospettati in certi casi di perforazione del ventricolo, come anche a lor volta misconosciuti. I tumori peduncolati, specialmente gli ovarici, possono dar luogo a fenomeni acuti per torsione del peduncolo; ma la presenza di un tumore, che sempre sarà riconoscibile, toglie ogni dubbio.

Vi sono poi casi in cui la perforazione simula uno *strozzamento interno*. Anche in questo la fenomenologia inizia improvvisa, cosicchè, nei casi in cui il ventre diviene rapidamente tumefatto e l'anamnesi è negativa o impossibile a raccogliersi, non è difficile pensare all'ileo anzichè ad una perforazione. La diagnosi in simili circostanze si può stabilire attendendo sintomi più manifesti: così il tardare notevolmente o l'assenza del vomito fecaloide, la mancanza di quelle tumefazioni limitate alle anse distese che dell'ileo sono caratteristiche, la sede del dolore persistente all'epigastrio, e infine la mancanza delle contrazioni peristaltiche delle anse al di sopra del punto che sarebbe strozzato, finiscono spesso col far mutare la diagnosi.

Le emorragie e le necrosi del pancreas possono dare una sintomatologia affine assai a quella della perforazione, pel dolore acuto lacerante, il vomito, la tumefazione del ventre, ecc. Però, come avvenne in un caso da noi recentemente osservato, questi accessi sono accompagnati da glicosuria, mentre nessuna alterazione si osserva nelle urine dopo perforazione del ventricolo; la sede del dolore è localizzata all'ombelico o nei dintorni; la tumefazione del ventre e la dolorabilità sono diffuse e la tumefazione stessa non è dovuta a gas libero, ma a meteorismo. Il singhiozzo può pure essere un sintomo precoce in questi casi.

Possono dare la sintomatologia dell'ulcera gastrica perforata, *embolie e trombosi di arterie mesenteriche o delle grandi vene addo-*

minali; esse saranno sospettate solo se vi sono in corso processi settici, vizi di cuore ecc.

Così pure *avvelenamenti acuti* con caustici, arsenico ecc. possono simulare una perforazione del ventricolo; il dolore, però, non non ha fin da principio la massima intensità, ma aumenta poco a poco; e inoltre tracce di causticazioni nella bocca e nelle fauci nel caso di caustici, la diarrea, il delirio, ecc., nel caso dell'arsenico, metteranno sulla giusta via quando manchi l'anamnesi.

Come casi eccezionali sono ricordate alcune osservazioni di *polmoniti* o *pleuropolmoniti* che per l'intensità del dolore puntorio hanno fatto diagnosticare una perforazione e persino indotto ad operare!

La diagnosi di *perforazione al di fuori della cavità peritoneale* può essere semplicissima, come nel caso di perforazione all'esterno, in cui basta l'ispezione per diagnosticare la *fistola gastrica*; facile è anche nelle *fistole gastro-coliche*, a causa dei caratteri patognomonicî delle feci, costituite da materiale non digerito ed emesso poco tempo dopo il pasto.

Quando si abbia la *comunicazione fra stomaco e cistifellea*, la sintomatologia ricorda per lo più la calcolosi biliare e al massimo può notarsi recrudescenza negli accessi dolorosi dopo disordini dietetici: la diagnosi può quindi ritenersi impossibile.

La *fistola gastrogenale* può essere sospettata quando si osservi l'espulsione di calcoli renali per la bocca, come è avvenuto nei casi descritti.

La *perforazione nelle vie urinarie* è complicanza così rara, che potrà solo essere sospettata quando con le urine scoli del pus, come nel caso riferito di Stein, oppure sangue emesso pressochè contemporaneamente all'insorgere di sintomi di perforazione.

La *fistola fra stomaco e pleura o polmone* non è sempre diagnosticabile: già abbiamo detto che, quando ad un tratto insorga una pleurite purulenta senza causa apprezzabile, si deve, secondo Strümpell, pensare all'ulcera gastrica: tanto più poi, se in antecedenza esistevano sintomi di ulcera e se questi sono scomparsi o sono diminuiti dopo l'insorgere della complicazione.

La morte improvvisa con dolore cardiaco acuto, in soggetti

che soffrono di ulcera gastrica, deve intine far sospettare la *perforazione nel cuore*; e se la morte improvvisa avviene con sintomi addominali e si unisce ai segni di anemia acuta, tanto più poi se si accompagna ad ematemesi, devesi sospettare la rottura di qualche grosso vaso, per perforazione dell'ulcera. In questi casi la diagnosi del momento eziologico può essere impossibile, per la mancanza di dati anamnestici o di sintomi di ulcera.

Codeste perforazioni al di fuori del peritoneo avvengono per lo più dopo un lavoro preparatorio tutt'altro che breve (stabilirsi di aderenze, ecc.), che ha grandissima importanza dal punto di vista diagnostico.

5. ASCCESSI PERIGASTRICI, SUBFRENICI, ECC.

La diagnosi di *ascesso perigastrico* incontra maggiore o minore difficoltà a seconda dei casi.

Così, se dopo un periodo nel quale si sieno svolti dei fatti acuti riferibili ad una perforazione, restano in scena dolori localizzati all'epigastrio e vomiti ricorrenti, associati a dimagrimento ed a sviluppo di un tumore epigastrico che va aumentando di volume e in corrispondenza del quale si avverte senso di fluttuazione, non sarà difficile, in base anche ai commemorativi, stabilire la diagnosi di ascesso perigastrico. Nè la diagnosi incontrerà maggiore difficoltà nei casi in cui la formazione dell'ascesso, davanti al ventricolo, avvenga lentamente.

Tuttavia, se invece di aver sede anteriormente, questi ascessi cronici sono situati nella profondità, verso il fegato od il pancreas, non si differenziano dai tumori da ulcera callosa, oppure possono essere confusi con carcinomi, a meno che non si tenga conto minuto dei particolari anamnestici: i quali per lo più riveleranno uno o più momenti in cui i pazienti soffrirono dolori molto intensi, di un'acutezza affatto speciale, come non avviene nei casi di ulcera callosa o di carcinoma, e che erano appunto dovuti all'avvenuta perforazione dell'ulcera. Questi dolori per lo più presenteranno ir-

radiazioni in alto o al dorso come nell'ulcera in corso di evoluzione, e soprattutto saranno ricordati dai pazienti come una vera crisi che spicca nel decorso della malattia. Sulla presenza della fluttuazione si può, naturalmente, far conto solo nel caso in cui l'ascesso sia anteriore.

Aggiungeremo infine che, fatta anche la diagnosi di natura della malattia, il momento eziologico può assolutamente sfuggire.

Molto difficile può essere stabilire la causa dell'ascesso quando esso è situato *in altra sede*. Certamente, quando dalla anamnesi risulti che il paziente soffrì segni di peritonite da perforazione, e si trovi nel piccolo bacino, o in altra sede, un ascesso (di regola il volume rende abbastanza facile la diagnosi di natura), è lecito supporre che esso sia in rapporto diretto con la probabile perforazione. Ma altre volte l'ascesso, per essersi sviluppato in corrispondenza di un fianco o della fossa ileo-cecale, simula una perinefrite od un'appendicite, oppure una piosalpinge, un'annessite ecc. E poichè anche l'esame batteriologico del pus è in questi casi poco istruttivo dal punto di vista diagnostico, bisogna procedere per via di esclusione, eliminando man mano quelle affezioni che nei precedenti del malato sembrano meno in giuoco. Con tutto questo, la diagnosi del momento eziologico può essere impossibile anche in questi casi.

Un ascesso sviluppatosi nell'epiploon si riconoscerà per la mobilità della massa e l'ottusità a livello della tumefazione; se l'ascesso è fra le anse, non sarà difficile scoprire anse distese, paretiche, solo nei dintorni della tumefazione. Infine, per la diagnosi di natura, si dovrà tener gran conto dello stato generale, della temperatura, ecc. ed eventualmente si ricorrerà ad una puntura esplorativa.

La diagnosi dell'*ascesso subfrenico* è possibile in base all'anamnesi, ai dati dell'esame obbiettivo, alla puntura esplorativa. Ma dobbiamo anche riconoscere la causa dell'ascesso, l'organo da cui proviene. Un primo criterio sarà dato dalla sede dell'ascesso; se questo è a destra della linea mediana, fra fegato e diaframma, molto probabilmente il fegato ne sarà il punto di partenza: inoltre se l'ascesso subfrenico

non è gazzoso, si avrà un altro dato per escludere l'origine gastrica.

Se l'ascenso è a sinistra, si dovrà pure riconoscere se proviene dallo stomaco (o dal duodeno), oppure dalla milza o dal rene sinistro. La presenza di gas è un dato che depone senz'altro in favore dell'origine gastrica (e più raramente duodenale). Segni importanti per la diagnosi sono: l'inizio brusco seguito da fenomeni di reazione peritoneale che prontamente cessano; la formazione progressiva di una tumefazione all'epigastrio, oppure il riscontrare all'epigastrio o nella regione laterale inferiore del torace i caratteristici segni di una raccolta commista a gas: timpanismo cioè ed ottusità, spostabili reciprocamente secondo la posizione del paziente; infine, lo spostamento notevole dei visceri, specialmente di quelli addominali.

Più difficile, invece, è la diagnosi quando l'ascenso subfrenico si complica con un versamento pleurico o pericardico. Un mezzo però che non deve mai essere trascurato è quello della puntura esplorativa, fatta con un grosso trequarti, e in punti diversi, giacchè può accadere di aver risultato positivo solo dopo parecchi tentativi. Si deve anche tener presente la possibilità che questi ascensi non sieno unici, ma abbiano sede in due o più loggie distinte.

La diagnosi della perforazione di un ascenso subfrenico è per lo più facile; però la causa della peritonite da perforazione quasi certamente sfugge, se prima non si era diagnosticato l'ascenso. È pure semplice la diagnosi dell'ascenso polmonare da perforazione, sebbene esso si riveli per lo più con una vomica improvvisa. Può essere, invece, difficile orientarsi nei casi di svuotamento nel lume intestinale.

6. STENOSI PILORICA CICATRIZIALE.

La diagnosi di stenosi pilorica non offre difficoltà: i disturbi subbiettivi (senso di peso all'epigastrio; eruttazioni; dolori che intervengono dopo i pasti e durano per tutto il periodo della digestione gastrica e spesso non cessano che

col vomito; vomito abbondante di sostanze ingerite da tempo più o meno lungo), e quelli obbiettivi (dilatazione talora enorme nel ventricolo; estrazione con la sonda di materiali ingeriti da tempo, oppure di cibi ancora inalterati, o quasi, in un periodo in cui dovrebbero già avere abbandonato lo stomaco, ecc.), sono abbastanza caratteristici e non difficili a mettersi in evidenza. Ma non basta la diagnosi di stenosi pilorica; occorre risalire alla causa, e distinguere i casi di stenosi cicatriziale consecutiva ad ulcera, da quelli di stenosi:

1. Da caustici.
2. Da aderenze esterne non dovute ad ulcera.
3. Spasmodiche.
4. Da piloriti croniche.
5. Da atonia primitiva.
6. Da processi tubercolari o sifilitici.
7. Da carcinoma.

Infine si dovranno distinguere le stenosi piloriche da quelle del duodeno.

Per queste diagnosi differenziali, anzitutto ha importanza fondamentale l'anamnesi, la quale in certi casi potrà scoprire negli antecedenti sintomi molto netti di ulcera, che dateranno per lo più da molto tempo.

Nelle *stenosi da acidi* l'anamnesi dirà quale caustico è stato ingerito, e troverà che l'ingestione è stata il punto di partenza dei disturbi gastrici, e da quanto tempo. Inoltre sarà frequente riscontrare ipo- o anacloridria (Carle), per un processo di atrofia della mucosa nelle zone che non furono distrutte dal caustico.

Quando la *stenosi* è *da cause esterne*, come ad esempio nelle stenosi di origine biliare (pericolecistite, calcolosi della cistifellea, periangiocolite), oppure nei tumori del fegato, del pancreas, persino delle ghiandole linfatiche, in certi casi di ascessi epatici, di epatoptosi (Terrier ed Hartmann), di cisti da echinococco del fegato ecc., la diagnosi di causa può essere relativamente facile, ma altre volte sfugge; in ogni caso poi, potrà essere solo di probabilità e non di certezza.

Difatti, in questi casi sono ancora moltiplicate le difficoltà che abbiamo denunciato a proposito della diagnosi differenziale

fra colelitiasi ed ulcera in evoluzione. Sarà tuttavia logico sospettare che la sindrome pilorica descritta sia legata all'esistenza di un restringimento pilorico di origine biliare, quando i fatti infiammatori della vescichetta biliare, oppure i sintomi di occlusione infiammatoria delle vie biliari, esistono o sono esistiti con tale chiarezza da non lasciare dubbi nella diagnosi. Questo però non trae con sé necessariamente che la stenosi concomitante sia proprio il risultato dell'affezione delle vie biliari, potendo esistere indipendentemente le due affezioni.

Ad ogni modo, dal punto di vista terapeutico, ha importanza la constatazione del ristagno e della dilatazione gastrica, giacchè tali fatti autorizzeranno un intervento, durante il quale l'operatore avrà mezzo di regolarsi a seconda del reperto. Così Terrier ed Hartmann videro scomparire tutti i sintomi in seguito ad una epatopessi, senza aver praticata la gastro-enterostomia.

Certi casi di *spasmo del piloro* sono di diagnosi difficilissima ed i pazienti possono andare soggetti a grave deperimento per vomito incoercibile, gastralgie violente, pirosi, ristagno, dilatazione ecc. (Carle), mentre all'operazione si trova il piloro per nulla ristretto. In questi casi lo stomaco si contrae violentemente ed in modo visibile ad ogni stimolo meccanico o chimico, e può possedere la forza di ricacciare gli alimenti col vomito anche a distanza di un metro (Carle). Con tutto ciò, lo stomaco non si svuota per lo spasmo della muscolatura pilorica, quantunque le pareti sieno valide e la tonaca muscolare si presenti anzi ipertrofica. Lo spasmo può riconoscersi alla palpazione: così Robin sarebbe riuscito, « durante le crisi dolorose degli ipercoloridrici, a percepire con la palpazione profonda lo spasmo del piloro duro e contratto. Dopo una pressione energica di cinque o dieci minuti, lo sfintere si rilasciava e un sollievo quasi immediato seguiva l'evacuazione dello stomaco (Doyen) ».

Carle in un caso (VIII, in Carle e Fantino) senti alla palpazione un tumore duro, profondo, non sempre egualmente ben distinto, che era dato dal piloro spasmodicamente contratto.

Lo spasmo, invece di essere primitivo, può essere secondario, ad esempio, a causticazione (da acidi) della parete ga-

strica, anche a distanza dal piloro [Carle e Fantino (VII)], oppure ad ulcera che non risiede al piloro (oss. 3^a della casistica alla fine del lavoro = XVI^a in Carle e Fantino].

Si comprende quante debbano essere in tali casi le difficoltà diagnostiche.

La *pilorite cronica* e la *peripilorite* possono essere causa di stenosi, indipendentemente dalla presenza di un'ulcera: molte volte, secondariamente allo spasmo, per l'irritazione continua, avverrebbero dei fatti infiammatorii interstiziali, ai quali quasi sempre conseguirebbe una stenosi anulare e formazione di aderenze peripiloriche, che clinicamente non si manifestano con sintomi di peritonite locale. La diagnosi può dunque essere straordinariamente difficile, tanto più che fenomeni di peripilorite accompagnano frequentemente, come vedemmo, l'ulcera gastrica; soltanto per l'assenza dei segni patognomonicici di questa, si potrà porre una diagnosi di probabilità. Noi però confessiamo di comprendere male codesta patogenesi delle cosiddette piloriti croniche e crediamo più logico ammettere che, nella grande maggioranza di questi casi, la pilorite, e tanto più poi la peripilorite, sieno la conseguenza di un processo ulceroso del piloro.

L'*atonía primitiva*, che il prof. Carle ebbe occasione di osservare in pazienti le cui storie sono già pubblicate (Carle e Fantino osserv. XII, XIII, XIV), è un'altra causa di ristagno, che può confondersi con la stenosi cicatriziale, mentre il piloro è invece largamente pervio ed il mancato svuotamento del ventricolo dipende solo da debolezza primitiva della fibra muscolare dello stomaco: a questa diminuita attività motoria si associa però sempre, carattere fondamentale, una diminuzione nei poteri secretorii del ventricolo con ipo- od anacloridria e presenza eventualmente di acido lattico, fermentazioni abnormi per acido butirrico, ecc. Inoltre si ha ptosi ed ectasia dello stomaco, mentre il vomito è incostante. Anche la palpazione dà risultati negativi.

Talora la *stenosi pilorica* è *d'origine sifilitica o tubercolare*. Il Mattoli (1) raccoglie dalla letteratura 5 casi di *sifilide*

(1) Mattoli, La gastro-enterostomia ecc. Roma 1903, pag. 198.

del piloro, di cui uno appartiene al Durante (1), uno al Dieulafoy (2), due ad Einhorn (3) ed uno a Hemmeter e Stokes (4); possono aversi in tali circostanze dei veri tumori pilorici che simulano il cancro; ma le gravi manifestazioni sifilitiche che si associano rischiarano la diagnosi, tanto più che il trattamento specifico può trionfare dei sintomi.

Le affezioni tubercolari non sarebbero del tutto rare al piloro; però, probabilmente, questa localizzazione è per lo più secondaria ad una concomitante duodenite tubercolare.

Secondo una statistica del Mattoli, raccolta in Italia, su 590 interventi per stenosi non cancerighe, figurano 29 casi = 4.91 % di piloro-duodenite tubercolare. Il prof. Carle ha osservata una volta questa lesione. I sintomi sono essenzialmente quelli del catarro cronico del ventricolo, cui succedono gradatamente i segni della stenosi, mentre all'epigastrio si palpa di solito un indurimento più o meno diffuso e dolente.

I criteri anamnestici hanno grande valore anche in questi casi, e soprattutto la presenza eventuale di altri focolai tubercolari (polmone, intestino, peritoneo) varrà a chiarire la diagnosi.

Il carcinoma già abbiamo detto come si differenzi dall'ulcera, quando manchino sintomi di stenosi. Quando questa si sia stabilita, valgono gli stessi criterii differenziali e soprattutto l'età del paziente, il deperimento grave, la presenza di un tumore esteso o di una infiltrazione diffusa, l'assenza di acido cloridrico, la presenza di acido lattico ecc.

La distinzione, infine, fra stenosi pilorica e stenosi duodenale si basa sugli stessi criterii differenziali fra le ulcere che occupano rispettivamente queste due regioni.

Così, quando subentrino i sintomi di stenosi in un paziente

(1) Durante, Considerazioni intorno ai restringimenti pilorici ed al loro trattamento curativo. *Policlinico* 1894, pag. 301. Caso a pag. 303.

(2) Dieulafoy, *Académie de Médecine de Paris* 1898, 17 Mai.

(3) Einhorn, Syphilis of the stomach. *British medical Journal* 1900, Febr. 3.

(4) Hemmeter und Stokes, *Archiv für Verdauungskrankheiten* Bd. VII, 1901, Heft 4-5.

che soffriva di dolore all'epigastrio, specialmente a destra della linea mediana ed in forma di colica intestinale, e soprattutto se erano associati a vomito e melena, la diagnosi di stenosi del duodeno da ulcera non può esser messa in dubbio. Più difficile e spesso impossibile è invece la diagnosi di stenosi duodenale quando sia dovuta a cause estrinseche, come per esempio alle affezioni già ricordate del fegato e delle vie biliari; un buon criterio può essere tuttavia, in casi fortunati, il reflusso abbondante di bile nel ventricolo (riconoscibile nel vomito o colla lavatura), quando la stenosi sia al di sotto della papilla di Vater. Si ritenga anche che è forse più frequente, per queste cause, la stenosi subpilorica che quella pilorica.

7. STOMACO A CLESSIDRA.

Dopo quanto si è detto a proposito della sintomatologia, poche parole occorre spendere per la diagnosi di questa forma. Essenzialmente il modo di insorgere del dolore, l'eventuale rumore di gorgoglio, il risultato dell'esame per insufflazione e con la sonda ecc. saranno i dati per formularla.

Anche lo stomaco a clessidra, però, come la stenosi pilorica, può non essere dovuto a cicatrice di un'ulcera gastrica; necessita perciò risalire alle cause ed indagare se precedentemente vi sono stati sintomi di ulcera, oppure se ne riscontrano contemporaneamente.

Lo stomaco a clessidra può essere congenito; in tal caso per lo più non dà gravi disturbi e finisce coll'essere un reperto accidentale d'autopsia.

Nei casi di causticazioni chimiche, ha importanza diagnostica l'anamnesi; a sua volta, il reperto di manifestazioni sifilitiche concomitanti o pregresse, faranno supporre la sifilide. Le aderenze peritoneali sono di diagnosi difficile e facilmente si confondono coll'ulcera, come abbiamo descritto a suo tempo.

Infine, il carcinoma non è di difficile diagnosi, almeno nella grande maggioranza dei casi: l'età del paziente, il de-

perimento, l'anacloridria, la presenza di un tumore, sono dati fondamentali. A questo proposito notiamo che è più facile diagnosticare il carcinoma e trovare all'operazione uno stomaco a clessidra, anzichè pensare ad una forma a bisaccia e riscontrare poi, come causa, un cancro.

CAPITOLO IV.

Trattamento interno dell'ulcera gastrica e delle sue complicate ed esiti

Prima di discutere l'intervento chirurgico nelle ulcere gastriche, si deve risolvere la questione preliminare dei risultati del trattamento interno, cosa certo molto difficile per l'incertezza dei dati che si possono utilizzare.

Noi diremo a che cosa mira essenzialmente la cura medica e cercheremo di stabilire quali sieno i suoi vantaggi ed i suoi inconvenienti.

Profilassi. - Nelle ragazze clorotiche, anemiche, negli ipercloridrici, nelle persone soggette a dispepsia nervosa, si può sempre temere lo sviluppo dell'ulcera gastrica.

Non saranno quindi senza valore profilattico verso di questa, tutti i tentativi diretti alla guarigione delle suddette malattie, e così pure le norme igieniche riferentisi soprattutto all'abuso di cibi troppo acidi o piccanti ecc.

Trattamento dell'ulcera in corso di evoluzione. - La cura medica dell'ulcera intende, naturalmente, non solo a migliorarla, ma a guarirla. Viene quindi spontanea la domanda come avviene la guarigione dell'ulcera stessa, e se questa non porti con sé dei pericoli, ai quali la medicina interna non può porre riparo.

Noi abbiamo indirettamente risposto a tale questione quando abbiamo parlato dell'anatomia patologica dell'ulcera; dicemmo allora che l'ulcera, se molto superficiale, può guarire anche senza lasciar tracce; che se si approfonda nelle pareti del ventricolo, dà luogo, guarendo, a delle cicatrici di solito

retraenti, le quali inducono conseguenze diverse a seconda della sede, e di solito tali, che guarigione dell'ulcera non significa precisamente ritorno del ventricolo alle condizioni normali.

Data una guarigione « anatomica », non è quindi escluso che la morte possa avvenire in conseguenza, ad es., di una stenosi pilorica, oppure per tisi, sul cui decorso l'ulcera ha una influenza sfavorevolissima (Mikulicz).

Il ritorno del ventricolo alla norma avverrà per le ulcere piccole e superficiali; per quelle estese e profonde non potrà invece succedere mai, specialmente quando l'ulcera ha contratto aderenze cogli organi vicini o con la parete addominale.

La cura medica deve proporsi dunque due scopi: assicurare la *guarigione completa* delle ulcere piccole e superficiali; ostacolare quanto più è possibile la tendenza dell'ulcera ad approfondirsi ed ottenere così la guarigione nel senso di agevolare la cicatrizzazione, nei casi di ulcere estese e profonde. Un *successo duraturo* sarà possibile colle cure mediche solo nel primo caso; nel secondo caso, invece, può essere possibile un *successo temporaneo*.

Resterebbe così a risolversi un altro quesito, relativo alla frequenza delle ulcere piccole e superficiali, confronto a quelle estese e più o meno profonde. Crediamo che ad esso si possa rispondere indirettamente, considerando appunto il numero dei casi che con le cure mediche sono guariti stabilmente, in confronto di quelli nei quali la guarigione è mancata o fu solo apparente, oppure portò a conseguenze irreparabili coi mezzi medici; infine, in confronto di quelli nei quali la cura stessa non fu capace di impedire complicanze pericolose per la vita, come l'ematemesi fulminante e la perforazione.

Vedremo che le *ulcere ribelli* sono alquanto meno frequenti di quelle che cedono completamente e definitivamente alle cure interne; tanto più, che si deve tener conto di un certo numero di ulcere che guarisce spontaneamente, senza cura specifica adatta o ad onta di una cura mal fatta.

Le norme che si consigliano contro l'ulcera rotonda consistono essenzialmente nel porre lo stomaco, e quindi l'ulcera, in condizioni di riposo, eliminando possibilmente ogni causa

di irritazione; e ciò, secondo i precetti di Niemeyer (1), Ziemssen (2) e Leube (3), mediante:

1° un vitto speciale che molesti lo stomaco il meno possibile.

2° azioni dirette sulla iperacidità e la stitichezza, a mezzo di acque alcaline (Karlsbad).

3° riposo del corpo.

4° impacchi freddi alla Priessnitz.

Leube (4) nel 1897 affermava di avere in dieci anni curato oltre mille pazienti con questo sistema, osservando con minuzia le regole che ora diremo. Nei casi in cui la diagnosi era sicura, egli era solito applicarle senz'altro, mentre nei casi dubbi le eseguiva solo dopo avere constatato che una cura preparatoria (*Vorkur*) consistente in riposo a letto, acqua di Karlsbad, impacchi freddi e dieta di zuppa, non eliminava, dopo qualche giorno, la dispepsia ed i dolori gastrici.

1. Il malato deve per 10 giorni *osservare un rigoroso riposo in letto*; la regione gastrica viene pulita con alcool e soluzione di sublimato senza fare troppa pressione, e quindi si copre con un drappo spalmato di pomata borica. Su questo si pone un impacco di farina di lino largo 20 e alto 10 cm., che deve essere sempre molle ed il più caldo possibile e cambiato ogni 10-15 minuti.

(A questa regola fanno eccezione i casi in cui avvenne una emorragia da meno di tre mesi, nei quali l'impacco alla Priessnitz si sostituisce al cataplasma; se dalla emorragia all'inizio del trattamento sono decorsi meno di 8 giorni, si pone fin dal primo giorno di cura la vescica di ghiaccio sulla regione gastrica).

I cataplasmi vengono, durante il giorno, usati per 10-12 ore, e di notte si sostituiscono con un impacco alla Priessnitz; il panno unto si lascia nel frattempo e non si cambia che ogni 24 ore.

(1) F. Niemeyer, *Spec. Pathologie u. Therapie* 7 Aufl., Bd. I.

(2) Ziemssen, *Behandlung der einfachen Magengeschwüre*. Leipzig 1871.

(3) W. Leube, *Ueber die Therapie der Magenkrankheiten*. Leipzig 1878.

(4) Leube, *Ueber die Erfolge der internen Behandlung des peptischen Magengeschwürs und die Indikationen zum chirurgischen Eingreifen in dieselbe. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie* 1897, Bd. II, pag. 1.

Comunemente, durante il tempo della applicazione dei cataplasmi, si formano più o meno estese vesciche da scottatura (!) delle quali il medico non deve preoccuparsi, poichè dopo i 10 giorni sarà facile ottenerne la guarigione.

Con regolarità degna di nota, dice Leube, sotto l'azione degli impacchi caldi i dolori gastrici scompaiono completamente dopo 5 giorni, e neppure vengono più provocati con una discreta pressione sull'epigastrio. Se i dolori persistono dopo i 5 giorni, il caso è, generalmente, *ribelle*. Allora i cataplasmi caldi si lasciano più di 10 giorni, finchè per 5 giorni di seguito il dolore sia cessato.

Durante le mestruazioni, i cataplasmi non vengono applicati.

Dopo il decimo giorno, vengono ancora per tre settimane applicati durante la notte impacchi alla Priessnitz e durante il giorno il malato porta una benda di flanella; inoltre, dopo i tre pasti principali, sta 1-2 ore in riposo senza portare alcun cingolo (busto ecc.) sulla regione gastrica.

Durante questo periodo di tre settimane, nel quale il paziente passa la maggior parte del tempo fuori del letto, egli deve evitare ogni movimento ed occupazione per cui lo stomaco possa venire compresso, come chinarsi, scrivere, cucire ecc. e così pure andare in carrozza e simili.

2. Dal primo inizio della cura, durante quattro settimane, il malato deve bere *acqua di Karlsbad*, alla temperatura di 35-38° C. Leube ha veduto con l'uso di acqua di Karlsbad troppo calda riformarsi un'ulcera gastrica già guarita. La quantità giornaliera deve essere di un quarto di litro e solo nelle forti acidità $\frac{1}{2}$ litro. Si beve a digiuno, mezz'ora prima della colazione, a piccoli sorsi, con pause tra ogni sorso, cosicchè il paziente impieghi 10-15 minuti per bere il quarto di litro.

Severamente proibite sono tutte le bevande alcoliche.

Di « medicamenti », durante le 4-5 settimane di cura non si usa pressochè nulla: essi eccitano più o meno lo stomaco, che è straordinariamente sensibile, e non sono quindi necessari. Al più si può, se nei primi giorni i dolori sono molto intensi, somministrare un poco di bicarbonato di soda, con o senza bismuto; non sono mai necessarie la morfina, la codeina e simili.

Contro la stipsi, Leube usa nei primi 10 giorni clisteri di acqua ed ogni 2-3 giorni sali di Karlsbad; dall'11° giorno, una miscela di rabarbaro e solfato e bicarbonato di soda.

3. Il terzo fattore importante nel trattamento dell'ulcera gastrica, è una *dieta rigorosa*, sufficientemente graduata. Il malato riceve il cibo cinque volte al giorno (tre pasti principali e due secondari), in quantità per ogni volta sempre scarsa, da assegnarsi caso per caso.

Per 10 giorni, cioè durante il riposo in letto e l'applicazione

di cataplasmi, dieta I: latte bollito, infuso di carne, brodo, 3-4 biscotti inzuppati, non zuccherati.

Per *sette altri giorni*, dieta I-II, cioè: zuppa, riso e sago nel latte, ben cotti con chiaro d'uovo, uova crude, cervello di vitello cotto, polli giovani lessi ecc.

Per altri *cinque giorni*, dieta I-III, cioè: I-II + piedi di vitello bolliti, prosciutto crudo e bistecche semicrude sminuzzate, pappe di patate, riso, poco caffè e the.

Per *sette giorni*, dieta I-IV, cioè: I-III + rostbeef un poco più cotto, pollo arrosto, maccheroni e tagliatelli spezzati, poco pane bianco.

Dalla quinta settimana si concede: arrosto di vitello specialmente freddo, luccio ecc. e anche 1-2 bicchieri di vino puro.

Dalla ottava alla nona settimana si danno tutti gli altri cibi, cominciando da piccole quantità.

« *Piccoli scarti da questo regime bastano*, secondo Leube, *per dover cominciare da capo*; cosicchè se, per esempio, durante la prima dieta il latte non è sopportato, si deve ricorrere a clisteri nutrienti, anzichè concedere qualche cosa della seconda dieta.

Riferendo il Leube su 556 casi così curati (196 uomini, 360 donne), dichiara che, mentre comunemente la

mortalità sarebbe di circa 13 % $\left\{ \begin{array}{l} 6-7 \% \text{ in seguito a perforazione} \\ 3-5 \% \text{ per emorragia,} \end{array} \right.$

dei suoi 556 casi morirono solo 12 (tra malati privati e di ospedale); e quindi,

mortalità 2, 2 % $\left\{ \begin{array}{l} 1,1 \% \text{ per peritonite da perf.} \\ 1,1 \% \text{ per emorr. infrenabile.} \end{array} \right.$

Nei malati d'ospedale (casi 493) sarebbe:

Mortalità 2 % $\left\{ \begin{array}{l} 1,2 \% \text{ per peritonite da perf.} \\ 0,8 \% \text{ per emorragia.} \end{array} \right.$

In questi casi sono compresi quelli che ebbero ematemesi, e quelli in cui non si notò emorragia: se scartiamo questi, pel dubbio che la diagnosi non fosse esatta, queste cifre mutano alquanto: ossia:

Malati 195, morti 8 = Mortalità 4,1 %.

Questo è un punto della questione: vediamo gli altri risultati, che il Leube ci riferisce su un totale di 424 malati in cui la cura fu completa:

Guarigione	314 = 74,1 %	
Miglioramento	93 = 21,9 %	
Non guariti	7 = 1,6 %	} 25,9 % di in- successi
Morti	10 = 2,4 %	
		4 % di insuccessi completi

Ordinando questi malati secondo il sesso, si ha:

<i>Uomini 116</i>		<i>Donne 308</i>	
Guarigione	81 = 69,8 %	253 = 75,6 %	
Miglioramento	25 = 21,6 %	68 = 22,1 %	
Non guariti	4 = 3,4 %	3 = 1,0 %	
Morti	6 = 5,2 %	4 = 1,3 %	

Risulta dunque che in circa i $\frac{3}{4}$ dei casi, con una sola cura di 4-5 settimane, si è avuta completa e duratura guarigione dell'ulcera, in $\frac{1}{5}$ miglioramento, nel 4 % esito nullo o morte.

Per *guarigione duratura*, Leube intende che i pazienti dopo la cura possano mangiare qualunque cibo senza disturbi. Nel 4,77 % dei suoi malati, dopo un periodo più o meno lungo (1-2 mesi, 3 mesi, 6 mesi, 9 mesi, 1 anno, 1 $\frac{1}{2}$ - 2 anni) di completo benessere, si ripeterono i sintomi d'ulcera gastrica, che necessitarono una seconda cura. Sebbene Leube ritenga impossibile dire se in questi casi si è formata la nuova ulcera nella cicatrice della vecchia (recidiva propr. detta), oppure se si è manifestata come nuova malattia in un altro punto dello stomaco, ci pare che questi casi clinicamente debbano considerarsi come vere recidive.

Le percentuali surriferite riguardanti in massa le ulcere che hanno dato o no emorragia, hanno purtroppo, per questa mescolanza, un valore non assoluto, potendosi ritenere che il risultato della cura è più pronto e sicuro nel secondo, che nel primo caso (mortalità complessiva nei casi di Leube 2,2 %; mortalità dei casi con gastrorragia 4,1 %).

Ora vedremo altre statistiche, molto diverse una dall'altra, probabilmente per causa di diversi criteri diagnostici, e per ragioni dipendenti dalle differenze che esistono fra paese e paese nella frequenza e gravità della malattia.

C. Gerhardt (1) afferma che si ha:

Morte per emorragia nel 3-5 % dei casi.

Morte per perforazione nel 13 %.

Esito in stenosi pilorica nel 10 %.

Considerando questi ultimi casi come perduti, si ha una mortalità totale del 26-28 %.

Secondo la statistica di Welch (2), si ha guarigione nell'85 % dei casi e

morte nel 15 % $\left\{ \begin{array}{l} 6,5 \% \text{ per peritonite da perforazione} \\ 3,5 \% \text{ per emorragia} \\ 3,5 \% \text{ per pileflebite ed altre complicazioni.} \end{array} \right.$

Habersohn (3) considera che la peritonite da perforazione avvenga nel 18 % dei casi (St. Barthol. Hospital).

L. Müller, trovò all'autopsia su 120 casi di ulcera 35 volte emorragia, di cui 14 mortali (= 12 %).

Steiner (4) su 110 casi osservò 7 emorragie mortali (= 6.4 %).

Hauser (5) ritiene che il 5-6 % dei casi di ulcera o cicatrice da ulcera passi a carcinoma (?).

La statistica di Debove e Rémond (6) è la più sfavorevole; secondo questi autori si avrebbe:

Guarigione nel 50 % dei casi.

Morte nel 50 % $\left\{ \begin{array}{l} 13 \% \text{ per peritonite da perforazione} \\ 5 \% \text{ per emorragia} \\ 5 \% \text{ per inanizione} \\ 20 \% \text{ per tubercolosi} \\ 7 \% \text{ per altre complicazioni.} \end{array} \right.$

(1) C. Gerhardt, Ueber Zeichen u. Behandlung des einfachen chronischen Magengeschwürs. *Deutsche medicin. Wochenschrift* 1888. pag. 349 (da Mikulicz).

(2) Welch, *Pepper's system of medicine* 1885.

(3) Habersohn, cit. da Boas, *Diagnostik u. Therapie d. Magenkrankheiten*.

(4) Steiner, cit. da Leube, *Ziemssen's Handbuch* 7, II. p. 113.

(5) Hauser. *Das runde Magengeschwür*. Leipzig 1883 (cit. da Boas).

(6) Debove et Rémond, *Maladies de l'estomac*. Paris 1894.

Altra statistica non molto confortante è quella di Warren (1) che porta le seguenti cifre, riguardanti 127 malati seguiti a lungo fra 187 affetti da ulcera:

Recidive . . .	43 %	
Guarig. duratura	34 %	
Morte per emorragia	5 %	} 23 % di insuccessi, senza calcolare le recidive.
Morte per perforaz.	5 %	
Sviluppo di cancro	3 %	
» di stenosi ed ectasia . . .	10 %	

Qui sono stati studiati gli esiti remoti e l'interesse è quindi maggiore.

Ewald (2) porta la cifra delle guarigioni al 75 %.

Dei malati di Franke (3), in numero di 52,

28 guarirono .	= 53,8 %	
17 migliorarono	= 32,7 %	
5 rimasero staz.	= 9,8 %	} 1,9 % per emorragia. 1,9 % per perforazione.
2 morirono	= 3,8 %	

Al Congresso tedesco di Chirurgia del 1897, in cui esposero le loro cifre Leube e Mikulicz (quest'ultimo deducendole da una media fra quelle di Gerhardt, Haberson, Müller, Steiner, Hauser, Welch, e Debove e Rémond, cosicchè la mortalità globale sarebbe, secondo lui, del 25-30 % dei casi), Rosenfeld comunicò di aver trovato 1000 ulcere gastriche su 28,000 autopsie, con una mortalità del 15 %.

Recentemente, Schulz (4) ha utilizzato per queste ricerche il materiale delle Cliniche di Amburgo e Breslavia (Prof. Kast),

(1) Warren, The surgery of gastric ulcer with report of a case of gastrolisis. *Boston medical and surgical Journal* vol. LXXXIX.

(2) Ewald, cit. da Boas, Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten.

(3) F. Franke, Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. Leipzig, 1900.

(4) J. Schulz, Ueber Dauererfolge der internen Therapie des Ulcus ventriculi. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie* Bd. XI, 1903, pag. 20.

formato da 291 casi in cui fu fatta la cura di Ziemssen-Leube, e la diagnosi fu posta sempre in base ai dolori ed all'emorragia.

L'autore dimostra come sieno diversi i risultati statistici, se si considerano gli esiti all'uscita dall'Ospedale o dopo un certo tempo.

In complesso, all'uscita dalle cliniche, erano:

Guariti	165	} 291
Migliorati	95	
Stazionari	15	
Morti	16	
Guarigioni	56,7 %	} 89 %
Miglioramenti	32,3 %	
Esiti nulli	5,5 % (circa)	
Morti	5,5 %	

Dei 157 casi cui si riferisce la successiva inchiesta, all'uscita dalle cliniche 55 erano migliorati, 97 guariti e 5 non migliorati. Al momento dell'inchiesta, erano:

completamente sani	84	} 157	121 = 77 %	53,5 %
con leggeri disturbi	37			23,5 %
con notevoli disturbi	24		36 = 23 %	15,4 %
morti	12			7,6 %

Si noti inoltre che, dei pazienti i quali al momento dell'inchiesta erano sani o solo soffrivano di leggeri disturbi, 21 = 17 % avevano avuto una recidiva: riferendosi al numero totale (157), la percentuale di recidive sarebbe 13 %.

Schulz considera che questo numero si possa detrarre dalla cifra delle guarigioni (77 %, pensando che i 23,5 % con leggeri disturbi avrebbero potuto forse guarire replicando la cura), e così le guarigioni ottenute col trattamento interno sarebbero 64 %. Egli calcola pure che un terzo dei malati che accusavano notevoli disturbi avessero esagerato, o per lo meno sarebbero pure guariti rinnovando la cura: si avrebbe così che 10,4 % dei malati sarebbero costretti a vivere ancora con i loro disturbi, mentre 7,6 % muoiono per conseguenza dell'ulcera (totale dei risultati negativi 18 %).

I rimanenti 18 % rappresenterebbero coloro nei quali la cura non avrebbe impedito il ritorno dei disturbi, ma, ripetuta, avrebbe probabilmente finito col trionfare. Calcolando però le recidive, si può elevare la cifra dei risultati negativi a 23 %.

Un appunto però si deve a queste cifre dello Schulz, e cioè che non è giusto calcolare la percentuale della mortalità solo in base

ai 137 cui si riferisce l'inchiesta, ma deve essere considerato che 16 morirono durante la degenza nelle cliniche; quindi, su 291 casi, col trattamento interno si ebbero 28 morti = 9,6 %.

La cifra dei risultati negativi, anche calcolata, riguardo al resto, con le riserve di Schulz, sarebbe dunque 25 %, di fronte al 64 % di guarigioni e all'11 % di miglioramenti.

Altre cifre riguardanti percentuali di mortalità, e riferite da Schulz sono:

Köhler (1): 6,4 %.

Riegel (2): 8 - 10 %.

Stoll . (3): 22 %.

Un'altra statistica riporta Carless (4) in rapporto a 187 casi di ulcera curati dal 1888 al 1898 nel Massachusetts General Hospital:

Guarigione 64 %

Miglioramento 18 %

Morte 8 %

Incerti 10 %

Un'inchiesta fatta cinque anni dopo ha provocato risposte in 114 casi, dei quali 92 erano stati licenziati come guariti o migliorati. Di questi, 12 erano morti, 42 erano rimasti guariti, e in non meno di 38 casi si era avuta recidiva.

Di tutta la serie dei 114 individui:

40 % erano guariti riguardo ai loro disturbi gastrici, sebbene tre fossero morti per altra causa;

36 % avevano avuta recidiva;

20 % (23 pazienti) erano morti per cause dipendenti dallo stomaco;

4 % erano morti per cause sconosciute.

Di 15 morti avvenute all'Ospedale e di cui sono quindi

(1) Köhler. Beitrag zur Symptomatologie des Ulcus ventriculi. Diss. Berlin 1895.

(2) Riegel. Die Erkrankungen des Magens 1896.

(3) Stoll, *Deutsches Archiv f. klinische Medizin* Bd. LIII. 1894.

(4) A. Carless, On gastric ulcer and its surgery, *Lancet* 1903, Vol. 2o.

noti i particolari, la causa fu in 7 l'emorragia, in 6 la perforazione, in 1 una laparotomia esplorativa, in 1 lo sviluppo di cancro nella sede dell'ulcera.

Dei sette morti per emorragia, cinque erano uomini e due donne, il che sul totale dei pazienti darebbe una mortalità per emorragia, negli uomini del 17 %, nelle donne di 1, 27 %.

Anche Donald Hood (1) trovava dati concordanti, poichè affermava che durante un periodo di 20 anni nel Guy's Hospital di Londra non si ricordavano casi di emorragia fatale osservati in giovani donne affette da ulcera gastrica. Nella statistica di Schulz, 6 individui sopra 28 soccomberono all'emorragia.

Vediamo un'altra complicanza, e cioè la *perforazione*. Nelle statistiche precedenti sono incluse alcune cifre di mortalità per questa causa: ma altre si possono rintracciare, che dimostrano come sia difficile farsi un criterio, nonchè esatto, approssimativo del come stanno realmente le cose.

Fenwick, su 678 autopsie, trovò che la morte era dovuta a perforazione nel 22,8 % dei casi, mentre in una serie di 265 malati, osservò circa il 17 % finire con una perforazione (2).

Browicz in Cracovia, su 95 morti per ulcera gastrica, ne trovò 28,4 % in cui la morte era dovuta alla perforazione. (In Carless).

Fra i 187 ammalati del Massachusetts Hospital surricordati, essendone morti 6 per perforazione, la percentuale di mortalità per questa causa è del 3,2 %.

Secondo M. Robson, la percentuale di perforazioni sarebbe 13-15 %. La proporzione che risulta dalle autopsie è però certamente superiore a quella reale (ad esempio, fra i casi dell'Istituto Anatomico-Patologico di Torino, nel 38 % la morte avvenne per perforazione acuta nella cavità peritoneale!): e si può affermare, come anche riguardo al resto che, corrispondono più alla verità le cifre relative agli ammalati d'Ospedale.

Vediamo dunque di fare una distinzione e, scartando i

(1) Donald Hood, Medical society of London 1892, Feb. 16.

(2) Fenwick, Ulcer of the stomach and duodenum. London 1900.

reperiti d'autopsia, riportiamoci agli altri. Le differenze notevoli che si riscontrano fra i dati dei diversi autori rendono difficile orientarsi, perchè fra la cifra del Leube che fissa la mortalità al 2,4 % e quella di Debove e Rémond che la calcolano 50 %, la differenza non è piccola!

Se noi calcoliamo in massa la media di mortalità secondo le statistiche di Leube, Gerhardt, Welch, Debove et Rémond, Warren, Franke, Schulz e Carless, col trattamento interno si avrebbe la cifra media del 12 % di mortalità nelle ulcere gastriche.

Che però una gran parte delle cifre sia certamente erronea, perchè fissata all'uscita degli ammalati dall'Ospedale, è stato dimostrato dalle ricerche di Warren, Schulz e Carless, come prova la seguente tabella che segna le variazioni nei casi di Schulz e Carless:

MORTALITÀ	AL MOMENTO DELL'USCITA dall'Ospedale	DOPO UN TEMPO VARIO da 6 mesi a 5 anni
Schulz	5,5 %	9,6 %
Carless	8 %	20 %

Dobbiamo quindi tenerci alla media fra le cifre di Warren, Schulz e Carless, fissando così una mortalità per causa diretta dell'ulcera del 17, 53 %: calcolo che certo è il più esatto di quelli stabiliti finora. Questa percentuale è inferiore, come si vede, a quella data dal Mikulicz che, riunendo cifre tolte anche da autopsia, fissava una mortalità generale media del 25-30 %.

La mortalità sarebbe dovuta, secondo le statistiche dei tre autori suddetti, in poco meno del 4 % dei casi ad emorragia, oppure a perforazione. Le recidive si osserverebbero nel 30 % circa dei casi: d'altra parte, circa il 12 % dei pazienti (11,5) non ricaverebbe vantaggio dalla cura o finirebbe con una stenosi, ectasia, ecc. (calcolando che 5 % di questi appartenessero ad individui soggetti a recidiva): infine, la guarigione duratura si avrebbe nel 46 % dei casi.

Riassumendo:

Risultati della cura interna dell'ulcera gastrica	}	guarigione duratura	46,0 ‰ ²
		recidive	25,0 ‰ ²
		esiti nulli, stenosi	
		ecc.	11,5 ‰
		morte	17,5 ‰
		(emorragie = 3,7 ‰ perforazioni = 3,9 ‰ altre cause o cause ignote, il resto) (1).	

Trattamento delle complicanze ed esiti. - Ci resta ancora a dire brevemente dei mezzi che la terapia interna mette in opera nei casi più ribelli e complicati, in aiuto ed a complemento della cura classica suddescritta.

Una delle questioni più dibattute è se nell'ulcera dello stomaco si possano o si debbano usare le *lavature gastriche*.

Questa pratica è guidata dal concetto di asportare meccanicamente tutte quelle sostanze che possono valere ad irritare la superficie dell'ulcera [Schliep (2)]. Ma è certo che all'uso della sonda sono inerenti pericoli non indifferenti: così si sono vedute emorragie gravi ed anche pericolose per la vita, sopravvenire direttamente dopo una lavatura gastrica; nè si può escludere la possibilità di una perforazione. Il pericolo è inerente, più che al contatto possibile della sonda con la superficie ulcerata, od alla violenza della corrente di lavatura (chè si possono usare sonde molli e lavare sotto bassa pressione), agli sforzi di vomito durante la penetrazione dello strumento: essi però possono essere in parte evitati cocainizzando le fauci.

Tuttavia, quando vi è tendenza alle emorragie, oppure vi

(1) In un recente lavoro (*Lancet* 1904, Jan. 30), J. W. Russell studia pure la sorte lontana di pazienti affetti da ulcera, e trattati con cure mediche; ma avendo egli escluso le morti avvenute durante il primo attacco del male, le sue cifre non servono più a dare un'idea esatta, nè della mortalità, nè delle guarigioni, che avverrebbero secondo lui nel 42,6 ‰ dei casi.

(2) Schliep, Behandlung mittelst der Magenpumpe. *Deutsches Archiv f. klinische Medicin* Bd. XIII.

è stata un'ematemesi recentemente (da meno di un mese, Penzoldt): come pure, se i sintomi di ulcera datano da troppo breve tempo, se il dolore alla pressione è troppo vivo e vi è ragione di pensare che l'ulcera risieda al cardias, la lavatura deve essere assolutamente proibita. Si consiglia invece nelle ulcere croniche a carattere torpido, che però resistono alle cure dietetiche (Penzoldt), tanto più se esiste un notevole grado di ipercloridria.

I medici si trovano spesso di fronte a casi nei quali l'intensità dei *dolori* è tale, che non riesce a trionfarne la cura di Leube più scrupolosamente eseguita: allora sono costretti a ricorrere ai narcotici (morfina e simili), ad aumentare la dose degli alcalini, ecc.

Altre volte occorre agire contro il *vomito insistente*, debilitante: in tali casi si usano pure i narcotici (oppio, morfina, cloralio, bromuro di potassio) e si prescrive il massimo riposo, anche come misura profilattica contro le emorragie, e nutrizione rettale.

Oppure si tratta di *emorragie ribelli* che si ripetono a brevi intervalli, ora più, ora meno imponenti: i mezzi che mette in atto la terapia interna sono il riposo assoluto in letto, cessando l'alimentazione per via orale (tutt'al più qualche pezzo di ghiaccio), la somministrazione di morfina per iniezioni, ovvero di oppio in forma di supposte, e ghiaccio sull'epigastrio. Contro le emorragie si sono pure usati il percloruro di ferro, l'allume, l'ergotina (per iniezioni), ecc.

Inoltre, dopo un'emorragia, si prescrive una rigorosa cura di Leube come indicammo dappprincipio; già vedemmo che la mortalità per emorragia non supererebbe, con questo trattamento, il 4 % dei casi.

Naturalmente, quando vi sia stata una forte perdita di sangue, si deve curare il grave stato di anemia acuta con ipodermoclisi, clisteri d'acqua salata, iniezioni di caffeina, di olio canforato ecc.

Un'altra complicanza che il medico può essere chiamato a curare è la *perforazione*. Abbiamo detto che circa nel 4 % dei casi curati medicamente la morte è dovuta a perforazione; ma questa cifra non ci illumina sulla percentuale di

mortalità nei casi di ulcera perforata curati senza operazione. In questo caso la medicina interna ha pochi mezzi a sua disposizione: il riposo, l'oppio, il ghiaccio, e, purchè sia riconosciuta la causa della perforazione, l'assoluta astinenza da ogni cibo e bevanda.

Le statistiche riportano risultati veramente disastrosi di questo trattamento. Secondo Barling (1), muore il 95 % di questi casi, e la morte avviene per lo più rapidamente (in più che il 50 % dei casi entro le 24 ore) in seguito a peritonite generale. Dalle dissertazioni di Choppin (2) e Leblanc (3), F. Brunner ha raccolto 33 casi di ulcera gastrica perforata e non operati, dai quali risulta:

Morti nelle prime ore	8
Morti in dodici-ventiquattro ore	10
Morti in due giorni	7
Morti in tre giorni	5
Morti in 4-17 giorni	3

Quindi, più che una metà morì nelle prime 24 ore. La difficoltà della diagnosi di perforazione ci rende d'altra parte dubbiosi riguardo ai casi che sarebbero guariti spontaneamente; perciò, più che le raccolte di casi di questo genere, come sarebbe ad esempio quella del Pariser (4), che riuni 15 casi di guarigione spontanea, interessano le osservazioni nelle quali questo fatto è stato constatato all'operazione od all'autopsia. Così, per esempio, Robson (5) ha trovato due volte all'atto operativo eseguito per ulcera, la perforazione tappata con omento, in casi in cui l'anamnesi ricordava alcun tempo prima un dolore improvviso tipico da perforazione. Carter (6) in un caso poté all'autopsia confermare la diagnosi di perforazione avvenuta anni prima, ecc.

(1) Barling, *The Birmingham medical Review* 1895, Aug. (in Brunner).

(2) Choppin, Thèse de Paris 1896.

(3) Leblanc, Thèse de Paris 1896.

(4) Pariser, *Deutsche medicin. Wochenschrift* 1895.

(5) Robson, *British medical journal* 1901, I, pag. 257.

(6) Carter, *British medical journal* 1899, II.

F. Brunner, che raccolse altri 19 casi di guarigione spontanea di ulcera oltre a quelli più sicuri (11) del Pariser, calcola, come già vedemmo Barling, che al più il 5 %, ma verosimilmente un numero ancora minore dei casi di perforazione, resti in vita senza operazione.

Anche Carless (1) calcola che il numero delle guarigioni spontanee non superi il 4 % dei casi.

Quanto alle altre complicanze o conseguenze (*perigastrite adesiva, ascesso subfrenico, stenosi*), la terapia medica è ugualmente impotente: guarigioni spontanee di tumori da ulcera possono forse avvenire, ma quasi certamente residuando fatti di stenosi: così pure, in via eccezionale, può aversi la guarigione spontanea di un ascesso subfrenico per l'apertura nel polmone, nell'intestino o nelle vie urinarie o, più raramente, per riassorbimento del pus.

Riguardo ai casi di perigastriti adesive o di stenosi, la terapia interna non ha che palliativi, sia contro i dolori, sia per agevolare lo svuotamento del ventricolo, togliendo quanto più è possibile il ristagno mediante la lavatura gastrica, regolando la dieta e cercando di rafforzare la muscolatura con massaggi, elettrizzazioni dello stomaco, stricnina, ecc. Con questi mezzi i pazienti possono in certe circostanze vivere anche a lungo, senza che lo stato generale se ne risenta molto; ma per lo più finiscono in gravi condizioni di marasma e denutrizione, e muoiono di inanizione.

(1) Carless, On gastric ulcer etc. *Lancet* 1903, Vol. II, pag. 147.

CAPITOLO V.

Trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica, delle sue complicanze e dei suoi esiti

Quanto abbiamo dimostrato nel precedente capitolo serve già a stabilire le basi razionali dell'intervento chirurgico nell'ulcera gastrica e nei suoi postumi: laddove, infatti, non poteva valere la terapia medica, era naturale si spingesse la chirurgia, sempre più ardita e fortunata negli interventi sull'addome. Dapprima timidamente, quasi a caso, poi con deliberato proposito di guarire secondo criteri razionali, il chirurgo fece sua la cura di molte ulcere gastriche, non solo nei casi quasi certamente a decorso fatale se abbandonati a sè stessi, come nelle perforazioni e negli ascessi subfrenici, ma aggredendole anche nel periodo della loro evoluzione, quando l'insistenza e l'intensità dei dolori o dei vomiti, o il succederzi delle ematemesi pareva volesse trionfare delle risorse dell'arte: oppure intervenendo a rimuovere gli ostacoli, che l'ulcera gastrica guarita, ma trasformata in cicatrice stenosante, poneva irreparabilmente alle funzioni del ventricolo.

Vi è un gran numero di casi, noi lo abbiamo visto, che guarisce radicalmente colla cura medica. Ma il 54 % circa dei pazienti è soggetto a recidive, od a non guarire, o, infine, a morte. Di quelli che recidivano, una parte potrà ancora guarire ripetendo la cura, ma una parte sarà destinata alla morte, oppure agli esiti lontani (stenosi), a lor volta quasi sempre mortali.

I casi che non guariscono con la cura medica (ribelli!) riguardano soggetti nei quali i dolori od i vomiti, ed anche entrambi, continuano, spesso molto intensi, oppure si ripetono insistenti le ematemesi.

Devono ancora essere tenuti in considerazione i casi nei quali l'ulcera è apparentemente, per così dire, benigna, sembra cioè che abbia tendenza a guarire, ma ad un certo momento interviene una complicanza più o meno grave, che mette in pericolo la vita del paziente; mentre guariscono certe ulcere, che da principio si sono manifestate con sintomi relativamente gravi.

Al chirurgo si affacciano quindi dei problemi molto importanti. Deve egli intervenire solo a scopo curativo, o può farlo anche con intenti preventivi? La cura deve essere diretta contro l'ulcera in evoluzione non complicata, oppure alle complicanze, o a ciascuno di questi casi? Havvi, od è conveniente un intervento radicale? Quali pericoli sono inerenti all'intervento in sè? Quale deve essere la condotta, secondo che il trattamento medico è ormai assolutamente impotente, o può ancora offrire delle risorse?

Noi cercheremo di risolvere questi quesiti, procedendo con metodo a studiare in quali casi si è finora intervenuto, con quali metodi e con che risultati. Vedremo dietro quali indicazioni il chirurgo ha creduto opportuna la sua opera, e se sono giustificate e quanto; e così riusciremo forse a stabilire quali risorse spettino realmente alla chirurgia in questo campo tutt'altro che ristretto, nel quale forse si sarebbe fatta da tempo maggior luce se non vi fosse, in quasi tutte le pubblicazioni, una deplorabile confusione dei casi di ulcera con quelli di altre affezioni benigne.

Ormai non è più il tempo di certe grandi classificazioni, e la divisione delle malattie dello stomaco in maligne e benigne non ha più ragione di essere nei rapporti della chirurgia, come da tempo è bandita nella medicina interna. Fra le affezioni benigne che possono richiedere un intervento, l'ulcera gastrica (insieme ai suoi postumi) occupa il primo posto e domina, anzi, questo campo della chirurgia; ma occorre separarla dalle altre, se si desiderano criteri esatti sui limiti d'operabilità e sul valore degli interventi.

Con questi concetti iniziamo l'ultima e più importante parte del lavoro, sperando che le molte difficoltà che incontreremo ci distolgano il meno possibile dalla verità più scrupolosa.

1. CENNO STORICO ALLO SVILUPPO DELLA CHIRURGIA DEL VENTRICOLO IN RAPPORTO ALL'ULCERA GASTRICA.

• Prima di trattare sistematicamente le singole questioni che riguardano la chirurgia dell'ulcera gastrica, non sarà inopportuno un rapido sguardo al modo come questa è sorta e si è andata man mano svolgendo: e ciò per due motivi. Anzitutto, perchè non potremo osservare in seguito rigorosamente un ordine cronologico, ed in secondo luogo perchè è bene che sieno prima illustrati i concetti generali che hanno ispirata tutta questa parte della chirurgia gastrica. Alla fine della nostra trattazione, metteremo poi in rilievo quanto è più degno di nota nella statistica del Prof. Carle, ed i risultati da lui ottenuti.

Lo sviluppo della chirurgia gastrica nelle affezioni benigne è legato ai progressi nella cura delle affezioni maligne: anzi, furono spesso i risultati incoraggianti ottenuti in queste, che spinsero i chirurghi a cimentarsi nell'ulcera gastrica, cercando dapprincipio quella che si può dire veramente la *cura radicale* dell'ulcera stessa, cioè la escisione, con resezione più o meno estesa del ventricolo.

Già molto tempo era trascorso da quando Merrem (1) aveva eseguito le prime ricerche sperimentali sulla resezione del piloro, pensando che anche nell'uomo la cosa sarebbe stata possibile in casi di carcinoma, allorchè questa operazione venne eseguita la prima volta dal Péan (2), che il 9 Aprile 1879 reseca un piloro carcinomatoso, con esito tuttavia sfortunato. Poco dopo, Rydygier (3) il 16 Novembre 1880 e Billroth (4) il 29 Febbraio 1881 compi-

(1) Merrem, Animadversiones quaedam chirurgicae experimentis in animalibus factis illustratae. Giessae 1810.

(2) Péan, Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Paris 1880, I, pag. 519.

(3) Rydygier, Exstirpation des carcinomatösen Pylorus. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. XIV, 1881, pag. 252.

(4) Billroth, Offenes Schreiben an Herrn Dr. Wittelshöfer. Wiener medicin. Wochenschrift 1881, pag. 162.

vano lo stesso atto operativo, quest'ultimo con buon risultato: d'altro canto, il 7 Ottobre 1880 Mikulicz (1) suturava per la prima volta una perforazione del ventricolo (morte dopo 3 ore). Era così aperto un nuovo campo alla chirurgia, al cui sviluppo non dovevano essere d'ostacolo i primi disinganni. Infatti di anno in anno i successi furono sempre maggiori: e perfezionata la tecnica coll'aggiunta di nuovi metodi, anche le indicazioni si andarono allargando.

Così a Rydygier, che già aveva avuto l'onore di eseguire la seconda resezione del piloro (con un metodo che va sotto il nome di primo metodo del Billroth — diretta sutura del moncone del ventricolo col duodeno — mentre Billroth aveva eseguito questa operazione, come vedemmo, tre mesi dopo Rydygier), si deve il primo tentativo operatorio per guarire radicalmente l'ulcera rotonda.

Questo chirurgo operava, il 21 Novembre 1881 (2), una donna di 30 anni affetta da ulcera al piloro con stenosi ed enorme dilatazione gastrica, tanto che la grande curvatura giungeva alla sinfisi pubica. La paziente era oltremodo dimagrita e debole: l'ulcera occupava la parete posteriore del piloro, ed era penetrante nel pancreas; le pareti inoltre erano ispessite fino a grande distanza dal piloro. La resezione comprese anche una parte del pancreas. Quantunque la riunione dello stomaco col duodeno avesse presentato grandi difficoltà, la paziente guarì; e nel 1901 (dopo 19 anni) Rydygier poteva ancora annunciare che la donna era perfettamente sana: essa aveva sempre atteso alle faccende di casa, spesso faticose, teneva la dieta ordinaria ed aveva avuto cinque parti (3). Il che fa ripensare con un sorriso al famoso commento che a questa prima resezione del piloro il *Centr. für*

(1) Mikulicz, Weitere Erfahrungen über die operat. Behandlung der Perforationsperitonitis. v. *Langenbeck's Archiv* Bd. XXXIX, pag. 778.

(2) Rydygier, Die erste Magenresection beim Magengeschwür. *Berliner klin. Wochenschrift* 1882, Nr. 3.

(3) Rydygier, Meine Erfahrungen über die von mir seit 1880 bis jetzt ausgeführten Magenoperationen. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Bd. LVIII, 1901, pag. 196 [a pag. 208].

Chirurgie faceva in modo veramente brutale, esclamando alla fine della recensione: *la prima e l'ultima, speriamo!*

Il 15 Maggio 1882, Rydygier interveniva di nuovo in un caso di ulcera gastrica e perigastrite. Dopo fatta la laparotomia, trovò così fitte ed estese aderenze, da non poter pensare ad una resezione del piloro, anche dopo liberato il maggior numero delle aderenze più sporgenti. Prima di chiudere la cavità addominale, Rydygier tentò di dilatare meccanicamente la stenosi pilorica, sforzandosi di distendere con le dita il punto ristretto, verso il basso e verso l'alto. Ventisei giorni dopo l'operazione, in seguito ad un disordine dietetico, si ebbero vomiti sanguigni, che cessarono al 3° giorno; dopo cinque settimane, il paziente uscì in condizioni molto migliori. Dopo 18 anni viveva ancora, soffrendo di tanto in tanto disturbi gastrici, se faceva disordini dietetici (1).

Nello stesso anno 1882 (13 Dicembre), Czerny (2) eseguiva la prima *resezione parziale* per ulcera gastrica, essendo stato spinto ad intervenire per i vomiti ed i dolori violenti che tormentavano il malato. Anche in questo caso l'operatore trovò aderenze che fissavano posteriormente il ventricolo: Czerny pensò di aggredire l'ulcera attraverso una incisione fatta nella parete anteriore, e trovò così che l'ulcera occupava la parete posteriore, la piccola curvatura ed una parte della parete anteriore: da essa partiva una piega della mucosa diretta verso l'orificio pilorico, che restava chiuso a guisa di valvola. Egli escise la parte posteriore dell'ulcera fino alla sierosa esclusivamente e chiuse la perdita di sostanza con sutura intrastomacale. Il resto dell'ulcera fu tolto con resezione della parete gastrica a tutto spessore. In tre mesi il paziente era aumentato di 20 Kg. in peso.

Appartiene pure al 1882 la prima *divulsione digitale del piloro* eseguita dal Loreta (3), incontrando non lievi diffi-

(1) Rydygier, id. id.

(2) Czerny, in Maurer, Beiträge zur Chirurgie des Magens. *Archiv f. klin. Chirurgie* Bd. XXX, 1882, 1.

(3) Loreta, La divulsione digitale del piloro e la divulsione strumentale dell'esofago e del cardias invece della gastrostomia. Bologna 1884.

coltà per l'estensione delle aderenze che univano l'epiploon allo stomaco ed alla parete addominale, e per la resistenza che l'anello pilorico rigido, fortemente contrattile, opponeva alla distensione. Così la terapia delle stenosi piloriche cicatriziali si arricchiva di nuovi atti operativi, intesi a combatterle direttamente.

Ma, frattanto, la chirurgia del ventricolo aveva compiuto un nuovo passo, allorchè il 28 settembre 1881 il Wölfler (1), essendosi accinto a praticare una pilorectomia per carcinoma, aveva trovato il tumore così esteso ed aderente da non poter essere esportato, e per consiglio del Nicoladoni, anzichè richiudere senz'altro il ventre, aveva praticato un'anastomosi fra la parete anteriore del ventricolo ed il digiuno, allo scopo di permettere la nutrizione del paziente. Il quale guarì dell'atto operatorio e solo quattro mesi dopo soccombette per cachessia cancerigna.

Quest'operazione, accolta dappprincipio con grande diffidenza, destinata in seguito ad essere feconda dei più brillanti risultati, fu a sua volta dal Rydygier pel primo trasportata nel campo delle stenosi benigne; più precisamente, in rapporto all'ulcera gastrica, questo autore fece la prima *gastro-enterostomia* il 20 Giugno 1884 (2), usando il metodo anteriore del Wölfler ed ottenendo completa guarigione.

Ma non paghi gli operatori dei primi risultati troppo spesso infausti, restii ad applicare la modificazione del v. Hacker (3), che nel 1885 aveva proposto la gastro-enterostomia posteriore, con maggiore entusiasmo che alla gastro-enterostomia si diedero dapprima all'operazione di Heineke-Mikulicz, la *piloroplastica* (1886). Questo atto, che appariva più semplice, più rapido, che allettava col concetto

(1) Wölfler, Gastro-enterostomie. *Centralblatt f. Chirurgie* 1881. Nr. 45, pag. 705.

(2) Rydygier, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Bd. XXI, p. 577.

(3) v. Hacker, Zur Casuistik und Statistik der Magenresectionen mit Gastro-enterostomie. *Archiv f. klin. Chir.* Bd. XXXII, 1885, pag. 616.

di aggredire direttamente la sede del male, era destinato ad un'era non breve di voga e di vero trionfo, esaltato da molti come l'ideale, specialmente nelle operazioni per stenosi cicatriziale, e destinato a scacciare la resezione e la gastro-enterostomia. Le profezie, come si vede, nella chirurgia del ventricolo, non dovevano avere fortuna!

Intanto, anche il campo della gastro-enterostomia si allargava: Braun (1) e Jaboulay (2) (1892) univano ad essa la enteroanastomosi; pure nel 1892, Murphy immaginava il suo bottone per abbreviare notevolmente la durata dell'operazione, diminuendone i pericoli. Ed in Italia si facevano propugnatori della gastro-enterostomia nelle affezioni benigne il Novaro, il Codivilla, il Carle.

Il Novaro fin dal 1887 (3) preconizzava che quest'operazione avrebbe potuto, in casi di stenosi non da neoplasmi maligni, dare la guarigione, cosicchè le funzioni dell'apparato gastro-enterico si compiessero regolarmente.

Il Codivilla (4) nel 1893, pubblicando alcuni suoi casi di gastro-enterostomia, affermava già avere l'esperienza insegnato « a diffidare un po' delle operazioni in sito nelle stenosi cicatriziali, perchè può facilmente seguir loro la recidiva del restringimento. Questa triste proprietà hanno in primo luogo la divulsione, poi la piloroplastica, e da ultimo la resezione. Invece la gastro-enterostomia porta in una regione relativamente sana dello stomaco la via di scarico del viscere, e l'occludersi di questa deve ritenersi impossibile

(1) Braun. Ueber die Gastro-enterostomie und gleichzeitig ausgeführte Enteroanastomose. *Archiv f. klin. Chirurgie* Bd. XLV, 1893, pag. 361. — Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie 1892 in *Centralblatt f. Chirurgie* 1892, Nr. 32, Beilage pag. 102.

(2) Jaboulay, La gastro-enterostomie. *Archives provinc. de chirurgie* 1892, n. 1, pag. 1.

(3) Novaro, Atti del Congr. della Società Ital. di chirurgia, Pavia 1887, pag. 183 e Contributo alla chirurgia dello stomaco. *Atti della R. Accademia dei fisiocritici di Siena*, serie 4^a, vol. II, 1890.

(4) Codivilla, Sei casi di gastro-enterostomia. *Sperimentale* 1893, vol. XLVII, fase. 5-6.

se è stata fatta dell'ampiezza necessaria ». Vedremo in seguito fino a qual punto questa deduzione è giusta.

Contemporaneamente, il Carle (1) affermava che « lo scopo essenziale che il chirurgo deve prefiggersi è il facile deflusso nel canale intestinale, perchè è assai meglio avere un ventricolo incontinente, che un ventricolo in cui possa farsi ristagno e quindi fermentazioni anormali: giacchè questi processi fermentativi hanno gravi conseguenze per l'ammalato, mentre si va sempre più dimostrando che si può fare a meno della digestione gastrica ». Parole che il Giordano (2) a buon diritto giudica che potrebbero stare ad epigrafe di un capitolo sulla gastro-enterostomia a cura dell'imperfetto svuotamento dello stomaco, mentre erano 10 anni fa arditissime, pur trovando immediata conferma nelle vedute del Doyen.

E certo, quando si pensa alla già ricordata diffidenza verso codesta operazione, non si può a meno di provare un sentimento di ammirazione per coloro che, procedendo risolutamente per la nuova via, rendevano la gastro-enterostomia la preferita fra le operazioni sul ventricolo. Per ciò che riguarda più direttamente l'ulcera gastrica ed i suoi postumi, si è venuto compiendo gradatamente una evoluzione nei concetti terapeutici, più forse riguardo ai metodi, che riguardo alle indicazioni. Certi interventi, come ad esempio le escisioni e le resezioni di ulcere in corso di evoluzione, sono stati man mano, e salvo casi eccezionali, lasciati quasi completamente in disparte, per la incertezza del risultato definitivo (3); oppure questi stessi interventi non hanno costituito che uno dei tempi dell'operazione, seguito dalla piloroplastica, o dalla gastro-enterostomia. Concetto molto più ampio, questo, del trattamento del male, la cura non intendendo più solamente a togliere la causa, ma anche a mettere il ventricolo in nuove condizioni di motilità e di

(1) Carle, Contributo alla chirurgia dello stomaco. Atti dell'XI^o Congresso medico internazionale, Roma 1894.

(2) Giordano, Compendio di chirurgia operatoria italiana. Torino 1900, pag. 330.

(3) Affatto recentemente, Maydl ha cercato rimetterli in onore.

chimismo. E frattanto, il chirurgo veniva soprattutto impadronendosi del campo delle stenosi piloriche, nel quale doveva ottenere risultati tanto più brillanti, in quanto la cura medica è contro di esse assolutamente inefficace.

Noi verremo considerando i risultati ottenuti coi diversi metodi di cura e stabiliremo, riguardo a ciascuno di essi, gli esiti immediati e mediali. Ma poichè, anche in rapporto all'ulcera, le condizioni di probabilità del successo variano molto col variare delle indicazioni, preferiremo suddividere la nostra trattazione seguendo un concetto anatomo-clinico, studiando cioè successivamente la cura chirurgica dell'*ulcera in corso di evoluzione*, poi quella delle *perforazioni* e degli *ascessi subfrenici*, infine la cura della *stenosi pilorica cicatriziale* e dello *stomaco a clessidra*. Per quanto riguarda l'ulcera in evoluzione, la stenosi pilorica cicatriziale e lo stomaco a clessidra, abbiamo compilato delle tabelle statistiche, le quali comprendono 1041 interventi chirurgici compiuti dal 1881 al 1903 compreso. Ciascuna delle grandi classificazioni suddette comprende un numero vario di suddivisioni, quanti sono stati i metodi di intervento. La compilazione delle statistiche è stata fatta scegliendo tutti i casi in cui potevamo persuaderci che si trattasse di ulcera gastrica: abbiamo trascurato tutte le statistiche riferite in blocco, anche di operatori illustri, per non riportare delle cifre forse fissate coll'agglomeramento di casi disparati.

Se non completa, sarà quindi ugualmente di grande interesse la nostra ricerca, compiuta sopra un numero di casi di gran lunga superiore a quello di qualsiasi altra precedente statistica, e che soprattutto ha il merito di separare l'ulcera gastrica ed i suoi postumi da tutte le altre affezioni benigne del ventricolo.

Abbiamo lasciato la statistica delle perforazioni acute e quella degli ascessi subfrenici: la prima, perchè, come abbiamo visto, si trova già nel recentissimo lavoro di F. Brunner, mentre i casi da noi aggiunti non inducono a variarne in qualche modo le deduzioni: la seconda, perchè

l'intervento nell'ascesso subfrenico da perforazione di ulcera gastrica, non differisce essenzialmente, nella tecnica e negli esiti, da quello che esigono gli ascessi subfrenici da altra causa. Il momento eziologico della complicanza sfugge insomma, dal punto di vista terapeutico, di fronte alla entità della complicanza stessa, e diminuisce quindi per noi il suo interesse. I casi di ulcera callosa e penetrante, di perigastrite adesiva ecc., sono stati classificati, come era logico, fra le ulcere in evoluzione e, più raramente, fra le stenosi cicatriziali, a seconda delle circostanze. Inoltre, abbiamo tenuto conto particolare dei casi nei quali l'indicazione all'intervento fu data dalle gastrorragie, poichè questa speciale determinante ha spesso consigliato delle modificazioni nella tecnica dell'atto operativo.

2. TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'ULCERA IN EVOLUZIONE.

1. **Resezione.** — Nella nostra statistica sono raccolti 79 casi di resezione (parziale o del piloro), compiuta per ulcera in evoluzione; e precisamente, 58 in cui fu praticata la escisione parziale dell'ulcera seguita da sutura, o la resezione del piloro e di parte del ventricolo; 9 nei quali alla resezione si aggiunse la gastro-enterostomia, 12 in cui fu associata un'operazione plastica. Questi interventi si incontrano con diversa frequenza secondo l'epoca: così, considerando complessivamente questi 79 casi, abbiamo:

1880 - 90	casi	7
1891 - 95	»	11
1896 - 900	»	40
1901 - 03	»	21

con una mortalità rispettiva di

28, 57 ‰	nel periodo	1880 - 90
18, 18 ‰	»	1891 - 95
22, 50 ‰	»	1896 - 900
23, 80 ‰	»	1901 - 03

e mortalità generale 22,9 ‰.

Questo aumento della percentuale di mortalità negli ultimi anni, se in parte deve forse legarsi a fatti non dipendenti direttamente dall'operazione, indica quanto poco sia scevro di pericoli codesto intervento, se i progressi della tecnica non hanno portato una diminuzione della mortalità (1).

Se consideriamo la mortalità soltanto nelle resezioni non associate a gastro-enterostomia, le percentuali sono le seguenti:

periodo 1880 - 90	mortalità 16,6 ‰
» 1891 - 95	» 18,18 ‰
» 1891 - 00	» 19,44 ‰
» 1901 - 03	» 29,4 ‰

La mortalità massima si è avuta associando alla resezione la gastro-enterostomia (3 morti su 9 casi = 33,3 ‰).

Difficile è farsi un criterio sugli *esiti remoti*, perchè ne manca troppo spesso notizia; tuttavia, in 10 casi della nostra statistica, è esplicitamente dichiarato che dopo un certo tempo si è avuta recidiva dei sintomi o sono apparsi segni di stenosi.

Noi possiamo così farci un criterio sul valore della resezione (escludendo dal computo i casi in cui venne associata la gastro-enterostomia), in base al seguente calcolo:

$$\text{Casi } 70 \left\{ \begin{array}{l} \text{guarigioni operatorie } 55 \\ \text{morti } 15 = 21,4 \text{ ‰} \\ \text{recidive } 10 \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} \text{insuccessi } 25 = 35,7 \text{ ‰} \end{array} \right.$$

Dei 55 guariti essendone recidivati 10, ciò significa che la recidiva colpisce il 18,1 ‰ dei pazienti che hanno superato l'intervento.

Stabiliti questi punti, vediamo ancora qualche dato interessante. In 12 casi in cui l'intervento fu indicato dall'emorragia, il comportamento del chirurgo non fu sempre lo stesso. Il Mikulicz, ad es., eseguì senz'altro la gastrotomia (1894), e

(1) Jedlicka pubblica nella *Sbornick klinicki* 1904. T. VI, una statistica del Maydl dalla quale risulterebbe una mortalità generale appena del 5,8 ‰, in 34 resezioni per ulcera cronica e stenosi pilorica! [agg. durante la correzione].

trovata alla piccola curvatura un'ulcera in cui appariva beante una bocuccia vasale, procedette alla escisione del tratto infiltrato, seguita da sutura della breccia. Anche Henle, Mansell Moullin e Czerny ricorsero alla gastrotomia, prima di procedere alla escisione. Invece altri procedettero direttamente alla escisione, in corrispondenza del punto dove si palpava l'ispessimento dovuto all'ulcera. Elliot, trovandosi di fronte ad un tumore pilorico piuttosto voluminoso, reseccò addirittura il piloro ed un quinto dello stomaco: ma il paziente morì in collasso il 4° giorno. La mortalità è inoltre più elevata negli interventi per ematemesi, che non nei casi non complicati, poichè nelle 12 osservazioni ricordate si contano 4 morti (33,3 %).

Cause di morte. - Nei 18 casi di esito letale dopo l'intervento, troviamo le seguenti cause di morte:

Collasso (casi 5), sia subito, che dopo qualche giorno dall'intervento.

Peritonite (casi 4), in un caso perchè la sutura aveva ceduto, in un altro perchè, essendo stata fatta anche la gastro-enterostomia posteriore col bottone, avvenne una perforazione in rapporto col bottone stesso.

Cachessia (casi 3), da 12 a 28 giorni dopo l'atto operativo.

Polmonite (casi 2).

Emorragia interna, formazione di altra ^{*}ulcera, necrosi del pancreas, parotite suppurata, rispettivamente in un caso.

La causa di morte più importante, tanto più se si riuniscono i casi di collasso e di cachessia, è *l'esaurimento*, che figura quasi nella metà delle osservazioni; segue immediatamente la *peritonite*.

Indicazioni all'intervento. - Intendiamo parlare qui soltanto delle indicazioni nei casi riportati nella statistica, riservandoci di trattare ulteriormente la questione delle indicazioni all'intervento nell'ulcera in evoluzione. Se si tolgono i casi che furono operati per le gastrorragie, negli altri riscontriamo per lo più delle lunghe storie di dolori, vomiti, inappetenze, eruttazioni acide e soprattutto troviamo registrate gravi dilatazioni del ventricolo ed estremo dimagrimento e cachessia. Relativamente frequenti sono poi le osservazioni

in cui, sia prima dell'operazione all'esame obbiettivo del malato, sia durante l'intervento, fu notato un *tumore*. Già abbiamo detto diffusamente delle ulcere callose e penetranti, nè qui vogliamo ancora insistere; facciamo solo notare che in questi casi le resezioni furono spesso eseguite col concetto clinico, o pel dubbio insorto durante l'atto operativo, che si trattasse veramente di un tumore. In alcuni casi è infatti esplicitamente dichiarato che la diagnosi era di carcinoma.

Reperti d'operazione. - Le ulcere che furono escise o che causarono una più o meno estesa resezione parziale del ventricolo, avevano sede per lo più al piloro od alla piccola curvatura, spesso con aderenze infiammatorie peritoneali od agli organi vicini. Più frequenti, fra queste, sono le aderenze al fegato ed al pancreas, poi quelle alla parete addominale anteriore, spesso così intime da necessitare la resezione anche di parte dell'organo aderente. Abbiamo detto dei casi in cui l'aspetto dell'ulcera e dei suoi dintorni era tale da scambiarsi per una carcinoma: altre volte, invece, l'ulcera non appariva molto estesa, nè circondata da zone infiammatorie, o da aderenze, e appunto per questo il chirurgo fu indotto a praticarne la escisione.

Età e sesso degli operati. - Il più giovane operato di escisione di un'ulcera fu un malato del Gilford, di 19 anni; il più vecchio, un malato del Monprofit, di 65 anni. Nel primo trovavasi un'ulcera alla parete anteriore vicino alla grande curvatura, e fu semplicemente escisa con successiva sutura della perdita di sostanza (il paziente morì dopo 16 ore). Nell'altro caso, l'operazione fu fatta con diagnosi di cancro e fu trovato un grosso tumore pilorico, che solo all'esame microscopico potè essere diagnosticato per ulcera; Monprofit fece la resezione circolare del piloro e, chiuso il moncone gastrico, impiantò il duodeno nella superficie anteriore del ventricolo. Anche questo paziente soccombeva per peritonite.

Quanto al sesso, su 75 casi in cui è indicato, si trovano 23 uomini e 52 donne, con una mortalità rispettiva di 34,7 e 17,3 %.

2. *Gastro-enterostomia.* — Il maggior numero dei casi di

ulcera in corso di evoluzione è stato trattato colla gastro-enterostomia; quest'operazione ha conquistato dunque il primo posto nella cura chirurgica della malattia. Usata largamente in tutte le affezioni gastriche benigne, collo scopo precipuo di porre efficace e duraturo riparo alla insufficienza motoria del ventricolo od alla stenosi del piloro, a qualunque causa questa fosse dovuta (causticazioni, processi infiammatori estrinseci, affezioni tubercolari del piloro e del duodeno, ed anche ulceri e stenosi del duodeno), la gastro-enterostomia fu applicata alla cura dell'ulcera gastrica, allo scopo sia di porre anche qui riparo alla stenosi del piloro, sia di mettere l'ulcera « in riposo », permettendo un facile deflusso degli alimenti nell'intestino.

Il primo che ottenne qualche successo intervenendo per ulcera in evoluzione, fu il Doyen, che praticò nel 1892 una gastro-enterostomia alla von Hacker, in un uomo che soffriva da anni di ulcera gastrica, aveva avuto parecchie ematemesi quasi mortali e, per quanto messo a regime latteo permanente, presentava segni di stenosi pilorica ed alla fine era stato ridotto ad un'estrema debolezza da una nuova ematemesi abbondantissima e da violenti gastralgie. L'ulcera era, in questo caso, rappresentata da un'enorme massa callosa che occupava il piloro e la prima porzione del duodeno ed era assai aderente agli organi vicini.

Nell'anno successivo, il Doyen eseguiva la gastro-enterostomia in altri tre casi, spinto dall'intensità dei dolori, dalle emorragie e dalla grave cachessia, e sempre l'intervento fu coronato dalla guarigione. Il Küster, intervenendo due volte, nel '93 e '94, per profuse emorragie, cauterizzava l'ulcera col termocauterio, e, poichè coesisteva stenosi pilorica, approfittava dell'apertura praticata nello stomaco per praticare la gastro-enterostomia. Sono queste, si può dire, le pietre miliari da cui prende le mosse nel suo cammino trionfale la chirurgia dell'ulcera gastrica; il concetto di queste gastro-enterostomie era però solo di eliminare i disturbi dovuti alla stenosi pilorica e non di curare direttamente l'ulcera.

Per la prima volta lo stesso Doyen, visto il risultato duraturo ottenuto nei suoi casi, preconizzava poi la gastro-enterostomia come cura diretta dell'ulcera.

Nei primi interventi dobbiamo osservare che l'indicazione è stata data spesso dal sospetto di un tumore, anzichè dalla diagnosi esatta della malattia; l'intervento, che doveva riuscire soltanto palliativo, potè così, talora, riuscire efficace. Ricorderemo un'ammalata del Codivilla, la quale era da lungo tempo sofferente di disturbi gastrici (dispepsia, vomiti), ed infine ebbe ematemesi e gastralgie molto vive: all'epigastrio si palpava facilmente un tumore. Il Codivilla (1892) trovava un esteso tumore pilorico, diffuso verso la testa del pancreas, e praticava una gastro-enterostomia, persistendo il dubbio che si trattasse di carcinoma: ma la donna guariva e dopo 7 anni stava bene, e non presentava più la tumefazione all'epigastrio.

A tutto il 1895, si trovano nella nostra statistica 21 interventi, con una mortalità molto elevata (42,8 %, considerando però soltanto i casi in cui fu usata la sutura).

Il bottone, nell'ulcera in atto fu usato per la prima volta nel 1895 dal Tricomi e dal Monod. Quanto ai metodi, il più usato fu dapprima quello del Wölfler, poi, invece, quello v. Hacker, al quale rimase fedele la grande maggioranza degli operatori.

E qui ci sia concesso, prima di trattare dei risultati in rapporto ai diversi processi, di fermarci brevemente sui metodi principali di gastro-enterostomia (1), per chiarirne il concetto e, con maggior efficacia, dimostrarne poi gli inconvenienti ed i pregi, come risultano dalla nostra statistica.

Wölfler, per primo, praticò la *gastro-enterostomia anteriore precolica*; cioè, scelta un'ansa del tenue a 45-50 cm. dalla plica duodeno-digiunale (2), facendola passare al davanti del colon trasverso, la disponeva obliquamente dall'alto al basso e da sinistra a destra sulla parete anteriore del ventricolo, immediatamente al disopra della grande curvatura. Avendo cura di disporre l'ansa in modo che la corrente in-

(1) Tratteremo di quelli usati, tanto nelle ulceri in atto, come nelle stenosi piloriche.

(2) Precetto che il Rockwitz ed altri molto erroneamente ritennero inutile, consigliando invece di afferrare a caso la prima ansa che capitasse!

testinale procedesse da sinistra a destra, fissava il digiuno al ventricolo con sutura sierosa per 10 cm.; nel ventricolo e nell'intestino venivano poi praticate due incisioni parallele lunghe 4-5 cm., che erano riunite l'una all'altra con un triplice strato di sutura.

Dobbiamo ricordare subito che uno dei primi inconvenienti osservati con questo metodo fu il possibile ripiegarsi ad angolo acuto dell'ansa digiunale in corrispondenza dell'anastomosi, in modo da formare uno *sprone*. Un operato del Billroth per carcinoma, il secondo che subì quest'operazione, moriva appunto per questo accidente ed all'autopsia si trovava l'ansa afferente notevolmente distesa da bile, accollata come canna di fucile all'efferente, che era vuota.

Il metodo anteriore precolico in parecchi altri casi fallì per questa ragione, e noi vedremo quanto spesso la formazione dello *sprone*, con conseguente circolo vizioso, figurì nella nostra statistica. Accenneremo inoltre a due altri inconvenienti osservati più specialmente con questo metodo, cioè lo *strozzamento del colon trasverso* e lo *strozzamento del tenue*; senza contare che per i mutamenti nei rapporti delle anse intestinali fra loro e, quindi, nella linea d'inserzione sullo stomaco, soprattutto poi per aderenze del grande omento, può venir fissato l'intestino in posizioni viziose (Carle).

Un altro metodo che figura nella nostra statistica e che fu immaginato allo scopo di eliminare gli inconvenienti del metodo Wölfler, è quello del Doyen, il quale, partendo dal concetto che il colon e l'epiploon agendo pel loro peso sull'ansa digiunale tendono ad abbassarla, consiglia di aprire colle dita per un certo tratto il legamento gastrocolico sulla linea mediana, e, attraverso alla breccia, respingere il grande epiploon nella retrocavità a contatto del pancreas e della faccia posteriore dello stomaco. Per fissare l'omento in questa posizione, si sutura con alcuni punti il colon trasverso alla grande curvatura dello stomaco. L'ansa del digiuno poi si anastomizza col ventricolo, quasi nello stesso modo che col metodo Wölfler. Il Doyen inoltre introflette il bordo libero della bocca afferente con due o tre punti siero-sierosi, allo scopo di impedire il rigurgito di bile.

Hartmann, dubitando che questa valvola non persista oltre un certo tempo, consiglia essenzialmente alcune cautele nel praticare la gastro-enterostomia anteriore, e cioè di lasciar liberi 40-50 cm. di intestino per permettere al colon trasverso di muoversi liberamente senza pericolo di strozzamento, e in secondo luogo di fissare l'intestino alla faccia anteriore dello stomaco su di un'estensione abbastanza grande, e secondo una linea quasi trasversale da sinistra a destra, leggermente obliqua in basso, prima di aprire la cavità.

La formazione dello sprone sarebbe così evitata, per la lunga estensione della parete intestinale fissata.

Come il Doyen, anche il Kocher si preoccupava di formare una specie di valvola nel punto di innesto e perciò proponeva il suo processo di *gastro-enterostomia antecolica inferiore*, il quale consiste nel praticare la fissazione dell'ansa digiunale in direzione verticale, in modo che sia in alto la parte superiore, afferente, in basso la inferiore: l'intestino si apre in direzione trasversale quasi per metà della circonferenza opposta all'inserzione del mesenterio, e l'ansa si fissa in modo che il tratto intestinale superiore sia immediatamente aderente al ventricolo, e l'inferiore libero. Questo taglio in direzione trasversale segue una linea convessa rivolta in basso, e la superficie esterna della valvola così formata viene riunita colla superficie esterna del ventricolo; una ferita infine ivi praticata con convessità in alto, viene col margine inferiore riunita alla superficie esterna della valvola, col superiore al margine concavo dell'apertura intestinale.

Questi metodi non escludono però la formazione dello sprone; in quello del Kocher ad es. la valvola facilmente si atrofizza, mentre può avvenire l'inghinocchiamento del tratto superiore dell'ansa fissata al ventricolo, con occlusione dell'ansa stessa; e quello del Doyen ha il difetto di rimediare agli inconvenienti del metodo originale complicandolo troppo, poichè gli effetti della completa soppressione del grande epiploon e della fissazione del ventricolo al colon, possono, in realtà, riuscire tutt'altro che indifferenti.

Nè è scevro da critica un altro processo, che troveremo pure adoperato, quello cioè del Brenner, il quale pratica la

gastro-enterostomia anteriore retrocolica, allo scopo precipuo di impedire la compressione del colon. Il Brenner, dopo avere colla mano destra, passata al di dietro del colon, afferrata la prima ansa del digiuno, solleva dall'indietro all'avanti il mesocolon trasverso e l'epiploon gastrocolico, verso il centro della grande curvatura e al disotto di essa. I due foglietti peritoneali vengono fissati l'uno all'altro con 4 punti di sutura in seta, in un tratto dove essi sono accollati, quasi trasparenti e privi di vasi, in modo da chiudere la retrocavità degli epiploon. Con un'incisione longitudinale parallela ai vasi, si fa una breccia fra i punti di sutura e attraverso di essa si fa passare l'ansa digiunale che si anastomizza alla faccia anteriore del ventricolo, subito al disopra della grande curvatura. Con questo metodo si può bensì utilizzare un'ansa afferente molto breve, ma havvi il pericolo di compressione dell'ansa anastomizzata, fra lo stomaco ed il colon.

Una volta troveremo usato il metodo Courvoisier, che questo chirurgo praticò per la prima volta in un caso di carcinoma giudicato inoperabile e consiste nell'aprire dall'avanti all'indietro l'epiploon gastrocolico ed il mesocolon trasverso, e attirare l'ansa digiunale attraverso quest'apertura, anastomizzandola con sutura alla faccia *posteriore* dello stomaco.

Ma il processo più usato, e che, come vedremo, ha al suo attivo i migliori risultati, è quello del von Hacker: la *gastro-enterostomia posteriore transmesocolica*. Anche questo processo fu usato per la prima volta in un caso di carcinoma inoperabile. Sollevato in alto il ventricolo, l'epiploon ed il colon trasverso, si pratica nel mesocolon un'apertura parallela ai vasi, e, attraverso ad essa, raggiunta la faccia posteriore del ventricolo, questa si attira fuori dell'apertura mesocolica i cui bordi vengono ad essa fissati. Con questo tratto della parete gastrica si anastomizza la prima ansa digiunale, che viene fissata con suture, mentre lo stomaco è compresso dalle dita di un assistente e l'ansa digiunale è chiusa con due fili di seta passati attraverso al mesenterio e fortemente stretti.

Questo processo, che solo in casi eccezionalissimi, nelle affezioni che ci interessano, non è praticabile (se esistono, cioè. aderenze troppo fitte alla faccia posteriore del ventricolo), evita molti degli inconvenienti dei processi anteriori. Nè ad esso si può imputare un maggior pericolo di infezione della cavità peritoneale, perchè si può pressochè costantemente praticare al di fuori del ventre. Si aggiunga che esso permette che l'ansa fra piloro ed anastomosi sia molto breve, e che lo svuotamento del ventricolo sia favorito anche durante il decubito supino in grazia della posizione posteriore dell'anastomosi; inoltre, lascia i visceri nei loro rapporti normali. Vedremo che questo metodo può a sua volta dare delle complicanze: però queste sono molto più rare che cogli altri processi e, se si hanno certi accorgimenti nella tecnica, sono quasi sicuramente evitate.

Del resto, non tutti gli inconvenienti che ad esso sono stati attribuiti figurano nei casi che noi abbiamo raccolto, e ciò dimostra che essi sono, per lo meno, rari. Si è detto p. es. che l'ansa efferente può essere strozzata attraverso all'apertura mesocolica, e perciò si usa fissare i margini del mesocolon alla faccia posteriore del ventricolo, oppure (Durante) all'ansa intestinale vicino alla linea di sutura dell'anastomosi. Noi però crediamo che si sia straordinariamente esagerato questo pericolo, poichè il Carle, che sistematicamente non pratica la sutura del mesocolon al ventricolo, mai ha osservato questa complicazione; egli ha il solo accorgimento di praticare attraverso il mesocolon una breccia piuttosto ampia.

Ma per adesso non insistiamo oltre su questi fatti e diciamo brevemente di altri metodi che sono pure stati praticati in casi di ulcera e figurano nella nostra statistica. Questi metodi appartengono ai processi detti di *gastro-enterostomia in due tempi*, i quali avrebbero essenzialmente lo scopo di diminuire i pericoli di infezione, inerenti all'apertura delle cavità viscerali.

Uno di questi è il metodo del Postnikow, secondo il quale si escide un tratto della sierosa e della muscolare dell'intestino, lasciando intatta la mucosa: si attira quindi

una plica della mucosa stringendola fortemente alla base con un filo di seta e si riuniscono con suture i bordi delle incisioni siero-muscolari gastrica ed intestinale: l'anastomosi si stabilisce dopo tre o quattro giorni, per la gangrena delle pieghe mucose strette dai lacci.

Un'altro processo è quello del Bastianelli, il quale riunisce lo stomaco all'intestino con una sutura continua, che interessa la sierosa e la muscolare per circa 6-7 cm., poi, $\frac{1}{2}$ cm. davanti e parallelamente alla sutura, incide con termo-cauterio la sierosa e la muscolare, tanto del ventricolo come dell'intestino, per circa 4-5 cm. La mucosa viene cauterizzata molto leggermente, in modo che non venga aperta e quindi si continua in avanti la sutura siero-muscolare: la comunicazione avviene entro 24 ore.

Di molti altri metodi di gastro-enterostomia in due tempi noi non facciamo parola, perchè non li abbiamo trovati sperimentati nei casi raccolti, tanto più che hanno parecchi inconvenienti, fra cui quello della difficoltà di escidere i lembi sieroso-muscolari, del tempo non breve necessario a compiere i diversi atti dell'operazione, e quello infine certo superiore al supposto vantaggio di non infettare il peritoneo, di non ottenere un'anastomosi completa immediatamente dopo l'operazione. Sono metodi, insomma, che corrispondono più a concetti teorici che a vere esigenze pratiche; e gli altri metodi più in uso non hanno, in realtà, gli inconvenienti che si vorrebbero evitare con questi ultimi.

Ma non dobbiamo passare sotto silenzio altri processi. Già accennammo a quello valvolare del Kocher, inteso bensì ad eliminare i pericoli del circolo vizioso, ma che non sempre evita la formazione dello sprone. Riesce invece molto bene allo scopo il metodo Roux. In esso l'ansa afferente (che conduce cioè la bile ed il succo pancreatico) non viene innestata direttamente sul ventricolo in continuità coll'efferente, ma, recisa trasversalmente a 15-30 e più centimetri dall'origine del digiuno fra due pinze di Kocher, viene unita con anastomosi termino-laterale all'ansa efferente (precedentemente anastomizzata col ventricolo) a 10-12 cm. dal punto della sezione. L'anastomosi gastro-digiunale si fa retrocolica poste-

riore come nel metodo v. Hacker, avendo cioè sollevato il colon trasverso, disteso ed aperto il suo mesocolon ed attratto fuori del ventre la parete posteriore dello stomaco in corrispondenza della regione pilorica. Questo metodo, detto anche « *ad Y* », era già stato ideato dal Wölfler nel 1883, però con anastomosi dell'ansa digiunale efferente alla faccia anteriore del ventricolo: ma il Wölfler non attuò mai questo processo.

Sempre allo scopo di eliminare gli inconvenienti del circolo vizioso, sono stati escogitati altri artifizii: il Kappeler (1), ad esempio, dispone orizzontalmente per un lungo tratto l'una o l'altra delle anse afferente ed efferente, sia praticando la anastomosi anteriore come la posteriore. Altri invece pensarono di praticare un'anastomosi fra la branca afferente ed un'altra ansa intestinale, collo scopo di assicurare lo svuotamento della bile e del succo pancreatico nel tratto distale del tenue, evitando il reflusso nel ventricolo. Il Lauenstein, che pel primo suggerì questo processo (1891), dovette poi riconoscere che scegliere un'ansa a casaccio è tanto pericoloso, come il presceglierla per l'anastomosi gastro-intestinale (Rockwitz), potendo l'ansa esser troppo vicina al cieco. Cosicchè Braun e Jaboulay pensarono di riunire con anastomosi latero-laterale le due branche afferente ed efferente, appena 10-15 cm. più in basso dell'anastomosi gastro-intestinale.

Un'ultima questione dovrebbe essere ancora trattata: se cioè in questi processi di anastomosi convenga più ricorrere alla sutura od al bottone; il bottone, ideato dal Murphy nel 1892, e da altri in varia guisa modificato, ha lo scopo, non solo di rendere più rapida l'applicazione della sutura, come si otterrebbe ad esempio colle placche (di osso decalcificato, Senn; di patata, Dawnbarn ecc.) o colle bobine (di osso decalcificato, Mayo Robson), ma addirittura di sostituire la sutura stessa. Composto di due pezzi metallici che, chiudendosi ad incastro, schiacciano le pareti viscerali affrontate, e le conducono a necrosi, il bottone dovrebbe, secondo l'in-

(1) Kappeler, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Bd. XLI, 1898.

ventore, avere sopra la sutura parecchi vantaggi, quali la maggiore rapidità e facilità di eseguire la gastro-enterostomia, la maggior sicurezza dell'asepsi ecc., come meglio vedremo altrove. Altri, e son forse i più, hanno combattuto con accanimento questi pretesi vantaggi e si son fatti paladini della sutura, attribuendo a questa tutti i pregi, al bottone tutti i difetti. Ci riserbiamo, in base ai risultati della nostra statistica, di stabilire il valore dei due metodi, e discutere la scelta fra essi.

Ed ora, rimandando lo studio di alcune questioni generali sulla gastro-enterostomia a quando avremo trattato di questa operazione anche nelle stenosi piloriche cicatriziali, passiamo senz'altro a studiarne i risultati nell'ulcera in evoluzione.

Abbiamo raccolto 254 casi di gastro-enterostomia nell'ulcera in evoluzione, operati dal 1884 (Rydygier) al 1903 (Carle, oss: 95^a della nostra casistica). Di codesti casi, 67 sono stati operati col bottone, per lo più quello di Murphy, e 187 colla sutura. Questi ultimi sono stati da noi a lor volta suddivisi, a seconda che fu praticata la sola gastro-enterostomia (osservazioni 165), oppure anche la enteroanastomosi (osservazioni 22).

La mortalità generale in questi 254 casi è 14,56 % (morti 37), e più precisamente:

gastro-enterostomia	
con sutura	casi 165, morti 30 = 18,18 %
gastro-enterostomia	
con sutura ed enteroanastomosi .	casi 22, morti 3 = 13,6 %
gastro-enterostomia	
con bottone	casi 67, morti 4 = 5,97 %

Come si vede, spicca una notevolissima mortalità nei casi in cui fu usata la sutura (17,6 %, contando i casi con e senza enteroanastomosi), in confronto a quelli nei quali fu usato il bottone (mortalità, in questi, press'a poco 3 volte minore).

Nei primi, dal 1884 al 1895 la mortalità fu veramente notevole (42,8 %): invece, nel periodo 1896-1900 (17 morti

su 100 casi), scende a 17 %; e nel periodo 1901-03 (morti 4 su 44 casi), la mortalità scende ancora a 9,99 %.

Negli operati col bottone, le percentuali nei periodi 1895-1900 e 1901-1903 sono rispettivamente 5,55 (casi 1 su 18) e 6,12 % (casi 3 su 49).

Altri dati molto interessanti abbiamo ricavato dalla nostra statistica, riguardo ai metodi usati ed ai risultati ottenuti con ciascun metodo: riunendo in una tabella tutti i casi sotto questo punto di vista, è facile scorgere con quanta frequenza sono stati usati il metodo del v. Hacker, e, subito dopo, quello del Wölfler. Quanto agli altri processi, sono stati adottati in un numero così limitato di casi, che è impossibile ricavare qualche dato comparativo: riguardo ad essi, ci limitiamo perciò alla esposizione delle cifre.

	Gastro-enterostomia senza bottone		Gastro-enterostomia con bottone		Gastro-enterostomia con sutura ÷ entero-anastomosi	
	N. dei casi	Morti	N. dei casi	Morti	N. dei casi	Morti
Wölfler	42	13	15	1	17	3
v. Hacker	109	14	32	2	5	—
Doyen	3	—	1	—	—	—
Kappeler- Wölfler	3	—	—	—	—	—
Kappeler- Hacker	2	—	—	—	—	—
Roux	2	—	18	1	—	—
Wölfler- Roux	1	—	1	—	—	—
Rockwitz- Wölfler	1	1	—	—	—	—
Bastianelli	1	1	—	—	—	—
Courvoisier	1	1	—	—	—	—
	165	30	67	4	22	3

Risultano così le seguenti differenze fra i metodi del Wölfler e del v. Hacker:

Mortalità generale	{	Wölfler casi 74, morti 17 = 22,97 %
		v. Hacker casi 146, morti 16 = 10,95 %

Mortalità nelle gastro-enterostomie con bottone	{	Wölfler casi 15, morti 1 = 6,66 %
		v. Hacker casi 32, morti 2 = 6,25 %

Mortalità nella gastro-enterostomie senza bottone (con e senza entero-anastomosi)	{	Wölfler casi 59, morti 16 = 27,1 %
		v. Hacker casi 114, morti 14 = 12,2 %

Se, infine, non si vogliono prendere in considerazione i casi in cui alla gastro-enterostomia fu aggiunta l'entero-anastomosi, ma soltanto quelli in cui i metodi Wölfler e v. Hacker furono applicati col processo genuino, con o senza bottone, risultano le seguenti cifre in rapporto alla

Mortalità generale	{	Wölfler casi 57, morti 14 = 24,5 %
		v. Hacker casi 141, morti 16 = 11,3 %

Cioè, col metodo Wölfler la mortalità è precisamente il doppio che con quello v. Hacker.

Prima di finire sui risultati immediati, desideriamo fissare l'attenzione su quanto abbiamo stabilito, e cioè:

1° La mortalità, nelle gastro-enterostomie per ulcera in evoluzione, è notevolmente diminuita nell'ultimo triennio, in confronto del quinquennio precedente: questo a sua volta aveva segnato un notevole progresso sugli anni anteriori.

2° La mortalità è notevolmente minore nelle gastro-enterostomie con bottone, che in quelle con sutura (1:2,9).

3° La mortalità generale col metodo Wölfler è doppia che col metodo v. Hacker.

Quanto al sesso, si notano 20 morti su 114 uomini (17,5 %) e 17 morti su 137 donne (12,4 %); havvi cioè una leggera prevalenza nel sesso maschile.

In tutti questi casi, le *indicazioni* ad operare furono date dalla insistenza dei dolori, dei vomiti e delle ematemesi, dalle recidive ripetute dopo cura medica. In un certo numero

di osservazioni (28) l'indicazione fu invece esclusivamente data dall'ematemesi imponente, profusa, talvolta anche ripetuta, che, non frenata dalle cure interne, reclamava d'urgenza l'intervento chirurgico. Di questi 28 casi, dei quali 20 operati con sutura (17 gastro-enterostomie e 5 gastro-enterostomie + entero-anastomosi) e 8 col bottone, ne morirono 4 (14,3 %): cioè, la mortalità non è maggiore in codesti interventi per emorragia, in confronto coi casi non complicati (33 morti su 226 gastro-enterostomie, = 14.5 %).

Interessanti sono i casi di ulcera callosa, nei quali il tumore scomparve dopo la gastro-enterostomia.

Quali le cause di morte?

La *peritonite* si è osservata 9 volte ($\frac{1}{4}$ dei casi di morte): 3 volte in seguito a gastro-enterostomia alla Wölfler con sutura, una volta in cui fu adoperato il processo di Rockwitz-Wölfler, 4 volte dopo gastro-enterostomia posteriore con sutura, ed infine in un caso operato mediante il bottone. In questo, la morte avveniva dopo 38 ore per peritonite acuta della retrocavità degli epiploon, da perforazione della parete posteriore dello stomaco nel punto ove si era eseguito il distacco della parete stessa aderente al pancreas e si era proceduto alla sutura di una lacerazione ivi avvenuta (Tricomi). In altri due dei casi operati di gastro-enterostomia anteriore ed in uno di gastro-enterostomia posteriore con sutura, la peritonite avveniva pure in seguito a perforazione dell'ulcera.

Il *collasso* figura in 10 casi, e precisamente in 9 operati di gastro-enterostomia con sutura (3 v. Hacker, 6 Wölfler), ed in 1 operato con bottone (processo v. Hacker).

Molto interessante è trovare come causa di morte dopo gastro-enterostomia l'*emorragia* dall'ulcera, perchè ciò dimostra che questa complicanza non viene in modo assoluto eliminata con codesto atto operativo. Essa si è osservata in 8 casi, e cioè una volta dopo gastro-enterostomia alla Wölfler, in 3 casi di Wölfler associato ad enteroanastomosi, 3 volte infine in casi di v. Hacker, sempre con sutura. Anche nel caso del Carle (5°) operato col processo Bastianelli, la morte avvenne per emorragia dall'ulcera.

Il circolo vizioso figura in 4 casi: se quindi non è frequente, tuttavia anche nella nostra statistica il reflusso di bile nella cavità del ventricolo acquista una certa importanza fra le eventuali cause di morte.

Il circolo vizioso si è osservato in un caso del Chaput, che aveva operato col metodo del Courvoisier, ed inoltre in due operazioni alla Wölfler ed in una alla v. Hacker con sutura.

Ci limitiamo infine ad enumerare le altre seguenti cause di morte:

Embolia polmonare [(2 casi): v. Hacker con sutura, Wölfler con bottone].

Bronco-polmonite [(1 caso): Wölfler con sutura].

Volvulo [(1 caso): v. Hacker con sutura].

Pericardite purulenta [(1 caso): id. id.].

Enterocolite da sublimato [(1 caso): Roux con bottone].

Complicanze post-operative. — Non frequentemente si sono osservate delle complicazioni di qualche rilievo. Le più degne di essere ricordate sono le *emorragie* dall'ulcera, per le stesse ragioni già dette a proposito delle cause di morte: le *polmoniti*, e soprattutto il *circolo vizioso*.

Sulla *polmonite*, che è una complicanza relativamente frequente di questa operazione, come del resto di tutti gli interventi addominali, non ci fermeremo.

L'*emorragia* si è notata tre volte nel decorso post-operativo, fra 217 pazienti che avevano superato l'operazione: ma se ricordiamo che altri 8 avevano dovuto soccombere ad emorragia, dobbiamo riconoscere che questa complicanza non è del tutto rara.

Il circolo vizioso si è osservato diverse volte come complicanza nel decorso. In un caso che figura nella statistica fra le gastro-enterostomie associate ad antero-anastomosi (Chaput), questa seconda operazione fu praticata in realtà 2 giorni dopo la gastro-enterostomia alla Wölfler con bottone di Chaput, a causa del circolo vizioso. Un'altra volta il circolo vizioso complicò una operazione alla v. Hacker con entero-anastomosi, per quanto non proprio immediatamente dopo l'intervento. Nelle gastro-enterostomie con bottone si è osservato una

volta il circolo vizioso in un caso del Tricomi, che è interessante ricordare perchè dimostra all'evidenza i pericoli della gastro-enterostomia anteriore. Si trattava qui di un paziente operato di gastro-enterostomia alla Wölfler, con sutura; dopo 17 giorni, essendosi occlusa l'ansa efferente, venne praticata una seconda gastro-enterostomia anteriore col bottone di Murphy. Il paziente, guarito anche di questa seconda operazione, moriva dopo 33 giorni per vomiti alimentari e biliari da occlusione del digiuno (inghinocchiatura del tratto inferiore).

Infine, dobbiamo ricordare altri 4 casi di circolo vizioso osservato dopo gastro-enterostomia con sutura, due volte dopo operazione alla v. Hacker e due dopo quella Wölfler. In altre osservazioni poi, sebbene non si possa parlare di un vero circolo vizioso, dopo l'operazione si sono osservati, per un tempo più o meno lungo, vomiti molto insistenti, talora ricchi in contenuto biliare.

Anche nel caso già citato del Carle (5°), in cui la morte avvenne per emorragia dall'ulcera, si era osservato circolo vizioso.

Esiti remoti. — Non in tutti i casi alla guarigione operatoria è seguita la guarigione funzionale: e di ciò dobbiamo tener conto, per calcolare l'insieme degli insuccessi legati all'operazione.

Vere *recidive*, nel senso di un ritorno completo dei sintomi di ulcera, si sono osservate raramente. Noi non contiamo a questo proposito più di 6 casi, cioè non oltre il 2,76 % dei guariti; cifra veramente minima, quando si considerino le ragioni spesso impellenti che condussero all'intervento.

Se calcoliamo le *recidive* insieme alle morti, nei 254 casi della statistica si ha un totale di 43 *insuccessi* (= 16,9 %). In altri casi non si può parlare di *recidiva*, nel vero senso della parola, ma il paziente ha ancora avuto, in periodi più o meno lontani, leggeri disturbi, caratterizzati essenzialmente da qualche dolore e da insufficienza motoria parziale, però piuttosto scoperta dal chirurgo con esami adeguati, che non avvertita dal paziente.

Le *recidive* e, in certi casi, i semplici miglioramenti hanno

potuto essere guariti successivamente, sia con una cura medica eseguita per lo più una volta sola coi precetti del Leube, sia per mezzo di un'altra operazione, specialmente della entero-anastomosi. A questo proposito, soprattutto, spiccano le insufficienze del metodo anteriore, che ha rese necessarie il massimo numero di entero-anastomosi in secondo tempo, sia per rigurgito biliare ogni tanto riapparso dopo la prima operazione, sia per vere recidive. Anche dopo anastomosi secondo il metodo v. Haeker, più per difetto di tecnica nel caso speciale, che per colpa del metodo, l'entero-anastomosi ha dovuto essere, in rari casi, praticata: in altri invece, precauzione secondo noi veramente inutile. l'anastomosi stessa venne eseguita in primo tempo (1). In un caso del Kelling l'entero-anastomosi fu fatta 11 mesi dopo, perchè permaneva ancora qualche disturbo, che l'intervento dimostrò essere dovuto ad eccessiva lunghezza dell'ansa afferente.

Non dobbiamo ricordare inconvenienti dovuti al bottone: in un caso del KümmeI, nel quale, dopo gastro-enterostomia alla Wölfler, si dovette di nuovo intervenire a causa di vomiti e dolori, essendosi trovato il bottone nel ventricolo, si credette che questa fosse la causa dei disturbi; ma, alcun tempo dopo l'asportazione del bottone, fu ancora necessaria una nuova gastro-enterostomia, per la continuazione dei dolori. La causa dei dolori e dei vomiti non era quindi, certamente, il bottone.

Ricorderemo, infine, un caso del Brenner, nel quale, probabilmente, non molto dopo l'intervento, si sviluppò un carcinoma del ventricolo; ed un operato del Mikulicz, morto 16 mesi dopo la gastro-enterostomia, per cancro della parete anteriore del ventricolo.

3. Piloroplastica. — Di questo intervento, che consiste nell'incidere longitudinalmente il piloro per 6-7 cm. e quindi riunire in senso trasversale i bordi dell'incisione, sono raccolti nella nostra statistica per l'ulcera in evoluzione 19 casi con due morti;

(1) Ricordiamo un caso di questo genere (Kehr), in cui si osservò circolo vizioso 6 settimane dopo!

cioè, con una mortalità di 10,52 %. Una gran parte dei casi appartengono al Mikulicz, il divulgatore del metodo. L'Heineke, come vedremo, eseguì la prima piloroplastica in un caso di stenosi cicatriziale in cui aveva praticata l'incisione del piloro, allo scopo essenzialmente di rendersi conto della diagnosi; invece il Mikulicz, nel primo caso da lui operato per ulcera in evoluzione complicata con ripetute ematemesi, seguì il concetto di aggredire direttamente la sede della lesione con un intervento, se fosse stato possibile, meno grave che la resezione del piloro. Il Mikulicz, eseguita la pilorotomia, trovava nella sua malata un'ulcera della parete posteriore, penetrante nel pancreas. Egli pensò allora di eseguire la termocauterizzazione dell'ulcera, di agire cioè direttamente sulla lesione stessa, poi di praticare, quale mezzo indiretto di cura, la plastica del piloro. La paziente moriva in collasso 50 ore dopo.

La seconda volta, il Mikulicz intervenne in un caso non complicato, ma anche il secondo operato moriva (polmonite). Cronologicamente, eseguì la terza piloroplastica per ulcera in evoluzione lo Czerny, poi ne eseguì altre il Mikulicz, sempre con esito favorevole. La scarsità dei casi riferiti dimostra tuttavia che i chirurghi hanno avuto poca fiducia in questo atto operativo, quale mezzo di cura dell'ulcera in atto. Infatti, la piloroplastica, usata in diversi casi anche dal Carle e dal Novaro a cura di restringimenti cicatriziali o fibrosi anche non da ulcera, usata contro le forme di gastrectasia ed atonia del ventricolo allo scopo di far scomparire la dilatazione gastrica, nei casi di ulcera in evoluzione fu sperimentata soltanto da pochi (Mayo Robson, Jaboulay ecc.).

Il Novaro eseguì bensì una piloroplastica per ulcera in evoluzione, ma previa escisione dell'ulcera; perciò la piloroplastica, in questo caso, va intesa come mezzo usato per riparare alla perdita di sostanza pilorica, anziché a scopo di curare l'ulcera. Kabloukow praticava due volte la piloroplastica, ma aggiungeva un raschiamento dell'ulcera. Il Jaboulay, che pratica la piloroplastica essenzialmente quando si tratta di stenosi cicatriziale ed il piloro è libero da aderenze, nel caso riferito trovava il piloro pervio e

l'ulcera nella faccia anteriore della regione prepilorica; evidentemente, l'operatore pensò di prevenire una futura stenosi. Del Robson, la nostra statistica della piloroplastica per ulcera in atto cita tre interventi: però egli dichiara, nel suo trattato, che la piloroplastica non deve essere eseguita ove esistano indurimenti estesi, o adesioni da peripilorite; e ciò allo scopo di prevenire successivi restringimenti cicatriziali. Quindi limita l'indicazione essenzialmente alle stenosi piloriche cicatriziali già antiche ed agli spasmi pilorici.

Vedremo più innanzi con quanta frequenza si osservi la recidiva anche nelle stenosi; per ciò che riguarda le ulcere in evoluzione, essa fu osservata due volte nei casi da noi raccolti, senza contare un operato del Mikulicz, il quale, 4 mesi dopo l'operazione, era tormentato da leggeri dolori. Fra i casi guariti operativamente, vi sarebbero quindi l'11,7 % di recidive; e la percentuale degli insuccessi della piloroplastica nell'ulcera in evoluzione sarebbe complessivamente 21,05.

4. **Gastrolisi.** — La *gastrolisi*, come dice il nome, consiste nella liberazione delle aderenze che si sono sviluppate intorno ad un'ulcera: queste aderenze spesso sono così fitte, che nei tentativi per lacerarle si può rompere anche la parete del ventricolo, ed è necessario eseguire poi la sutura della perforazione. Un primo intervento di questo genere esegui il Rydygier nel 1882, e noi abbiamo già avuto occasione di ricordarlo. Egli però non pubblicava il caso che in succinto nel 1901, dichiarando che il paziente viveva ancora dopo 18 anni, e soffriva soltanto di lievi disturbi se faceva disordini dietetici. Il Rydygier si era trovato dinanzi ad una stenosi pilorica con fittissime aderenze e veramente non si era limitato a lacerarle, ma aveva eseguito anche delle trazioni sul piloro.

In seguito, si eseguì la sezione delle aderenze allo scopo precipuo di praticare un intervento veramente curativo nei casi in cui si supponeva che alle aderenze stesse fossero dovuti i disturbi accusati dai pazienti, e specialmente i dolori, i cui caratteri abbiamo avuto occasione di descrivere. Senonchè, nei casi di aderenze perigastriche da ulcera, la semplice gastrolisi è stata praticata un numero scarso di volte,

sia a causa della estensione delle aderenze stesse, e quindi per la impossibilità di dissecarle senza contemporaneamente escidere l'ulcera (gastrectomia parziale), sia per un più largo concetto terapeutico, secondo il quale le aderenze necessitano realmente un intervento diretto, solo quando per l'estensione o per la posizione sono atte a produrre stiramenti viziosi e compressioni sul piloro o sul cardias. Insomma, la semplice gastrolisi può essere giustificata solamente quando, recise le aderenze, si trovi il ventricolo in condizioni tali da doversi ammettere che il piloro è pervio e l'ulcera guarita; altrimenti, è indispensabile compire l'intervento con la gastro-enterostomia.

Infatti, perchè la lisi possa essere eseguita, occorre che si possano liberare facilmente le aderenze, che l'emostasi si possa far bene, e che l'ulcera non sia ormai così approfondita nelle pareti, da doversi temere una perforazione dopo la sezione delle aderenze: tutte condizioni che ci sembrano tanto più difficilmente riscontrabili, precisamente quanto più numerosi sono i disturbi dovuti alle aderenze. Ma v'è di più: il Jaboulay, avendo operato un paziente di semplice lisi per perigastrite da ulcera ed avendo poi dovuto di bel nuovo intervenire per il riprodursi rapido di tutti i disturbi, trovò che la prima operazione non solo era stata inutile, ma veramente nefasta, essendosi riformate aderenze così numerose, da non potersi più praticare la gastro-enterostomia. In un altro caso, lo stesso Jaboulay potè, dopo un'identica successione di avvenimenti, praticare ancora quest'ultimo intervento, ma a mala pena.

Per queste ragioni, i chirurghi ricorsero più spesso e più razionalmente alla gastro-enterostomia in tutti i casi nei quali la semplice liberazione delle aderenze sarebbe apparsa in qualche modo pericolosa ed insufficiente; del resto, il trovare aderenze è così comune nelle operazioni per ulcera, che di solito l'operatore passa senz'altro alla anastomosi gastro-intestinale, appena curandosi, se è il caso, di resecare qualche aderenza.

Queste sono, crediamo, le ragioni per cui sono registrate così scarse gastrolisi nella nostra statistica.

La mortalità, in questi casi, è del 9,09 %. Hartmann dà

invece una cifra di 2 morti su 69 casi, in una statistica riferita in blocco, che probabilmente racchiude casi disparatissimi.

Si devono poi contare 3 recidive, su 10 casi che superarono l'intervento; cioè 30 % di recidive e, in complesso, 36,3 % di insuccessi (casi 4 su 11).

Quanto al reperto anatomico-patologico nei casi qui considerati, si è trattato quasi sempre di aderenze estese fra lo stomaco ed il fegato, oppure fra lo stomaco e la parete addominale, frequentemente con partecipazione del grande epiploon. In un caso, il Robson, per impedire la recidiva, interpose fra fegato e piloro un lembo di omento.

Quanto agli esiti lontani favorevoli, citeremo i casi del Garré, del Robson e del Mitchell nei quali i pazienti, dopo circa 2-5 anni, stavano tuttora bene. Nel caso già ricordato del Rydygier, dopo 18 anni si avevano solo disturbi causati da disordini alimentari.

5. Interventi esplorativi. — In un certo numero di casi, l'operazione praticata per ulcera in corso di evoluzione riuscì solamente esplorativa. Dobbiamo distinguere, a questo proposito, due specie di indicazioni; e cioè *la gastrorragia profusa e ripetuta* e *la presenza di un tumore*.

1.° È talvolta accaduto che, intervenendo col concetto di procedere ad una cura radicale (escisione) od alla gastro-enterostomia per ulcera complicata da ematemesi, il chirurgo abbia riscontrate difficoltà a procedere secondo il primitivo concetto, e si sia trovato nella necessità, od abbia creduto opportuno, di chiudere senz'altro l'addome. Questi interventi esplorativi sono andati diminuendo in questi ultimi tempi, perchè i chirurghi, cedendo ad una indicazione così impellente come l'ematemesi, hanno proceduto senz'altro alla gastro-enterostomia quando non volevano resecare l'ulcera, oppure, lì per lì, non ne trovavano la sede.

L'intervento esplorativo può constare di un tempo solo o di due, secondo che viene praticata la sola laparotomia, od anche la gastrotomia. Sopra 9 interventi per ematemesi profuse e ripetute che noi abbiamo registrato, 6 volte si è praticata anche la *gastrotomia esplorativa*.

In alcuni casi, il chirurgo ha tentato altresì, avendo riconosciuta l'ulcera sanguinante, di agire sulla fonte dell'emorragia. Per es. il Mikulicz, in un caso, trovò un'ulcera della parete posteriore in vicinanza del piloro e penetrante nel pancreas, la quale aveva causato profusa emorragia. Egli tentò la cauterizzazione, ma, arrestato dall'emorragia proveniente da un'arteria pancreatica, dovette procedere in fretta al tamponamento e limitarsi a questo atto. Il paziente moriva dopo 9 ore in collasso.

In altri casi, la semplice laparotomia seguita dall'ispezione esterna del ventricolo essendo riuscita negativa, l'operatore si limitò a richiudere le pareti; procedimento del quale veramente non si comprende l'intima ragione, tanto più che il non trovare la sorgente della gastrorragia alla ispezione del ventricolo non esclude che l'ulcera esista.

Questi pazienti hanno finito quasi tutti, con una costanza veramente desolante (7 su 9), al tavolo anatomico; ed in un caso nel quale, fatta la gastrotomia, non era stata trovata l'ulcera, dopo un certo tempo dall'operazione tornarono le gastrorragie. La morte avvenne generalmente dopo poche ore, per collasso; in un caso (Barrs) avvenne per altre emorragie (vasellino microscopico corrosivo, nel centro di un'ulcera pressochè cicatrizzata).

Degna di essere ricordata è poi un'osservazione del Gilford, il quale fece una gastrotomia esplorativa senza trovare l'ulcera; all'autopsia dell'operata, morta di esaurimento 9 giorni dopo, fu trovata l'ulcera in corrispondenza dell'incisione, la quale, nonostante questo, era guarita.

2.º Altri interventi esplorativi sono stati eseguiti per il reperto obbiettivo di un tumore all'epigastrio, diagnosticato come carcinoma. Questi interventi sono molto interessanti, perchè la stessa ispezione durante l'atto operativo ha, in essi, tratto in inganno sulla natura del tumore, così da decidere il chirurgo a richiudere senz'altro il ventre, mentre poi il tumore è scomparso completamente dopo un certo tempo. Così ad es., Brenner alla laparotomia trovava un tumore aderente anteriormente alla parete addominale, posteriormente al pancreas ed alla colonna vertebrale; per l'estensione delle ade-

renze, richiuse il ventre e l'ammalata, guarita, dopo tre anni e mezzo stava tuttora bene, non aveva più dolori e poteva nutrirsi di qualunque cibo. Schloffer richiuse in un suo caso il ventre, ritenendo un carcinoma un grosso tumore che aderiva al fegato e comprendeva una gran parte dello stomaco (si trattava di un uomo di 25 anni). Ebbene, anche in questo caso il paziente superò l'intervento e due anni dopo stava benissimo, mentre il tumore era scomparso. Lo stesso accadde in un caso del Terrier. Sono, insomma, fatti analoghi a quelli che si possono verificare dopo gastro-enterostomia e dei quali abbiamo già parlato.

3.º Come appendice a queste poche note sopra gli interventi esplorativi, ricordiamo un caso operato dal Parker, nel quale, dopo aperto il ventre essendo avvenuta la rottura dell'ulcera che aderiva al fegato, l'operatore si limitò a *tamponare*, e l'ammalato guarì con formazione di fistola gastrica che si chiuse poi dopo 4 mesi.

6. **Altri interventi.** — Oltre agli interventi già descritti per ulcera in evoluzione, dobbiamo dire di altri processi che non sono entrati nella pratica corrente, ma che sono stati talvolta usati, sia per speciali indicazioni, sia per particolare concetto del chirurgo.

1.º *Legatura in massa dell'ulcera.* - Andrews usò con successo, in due casi, un metodo di cura radicale dell'ulcera che consiste nella *legatura in massa della parete gastrica* in corrispondenza dell'ulcera, dopo avere stirata la parete stessa a guisa di cono comprendente tutti gli strati. Nel primo caso, si trattava di una donna di 38 anni che da 2 anni aveva disturbi ed improvvisamente ebbe profuse ematemesi per due giorni consecutivi. Il secondo giorno, Andrews eseguì la laparotomia, essendo la donna in collasso, e, inciso il ventricolo, trovò un'ulcera alla parete posteriore; ma esistevano aderenze tali del fondo dell'ulcera col pancreas, che non si poteva pensare ad una escisione seguita da sutura. Allora, dall'interno del ventricolo, l'ulcera venne spinta a fare la punta di un cono alla cui base fu posta una legatura comprendente tutti gli strati: successivamente, fu fatta la sutura

dell'incisione eseguita nella parete anteriore. La paziente guarì rapidamente.

Un secondo caso fu pure operato da Andrews nell'identico modo (uomo di 36 anni, che da anni presentava sintomi di ulcera gastrica, con ematemesi); in questo paziente apparvero in seguito sintomi di dilatazione gastrica e gastralgie, cosicchè si dovette praticare la gastro-enterostomia (Lee); il piloro si vide ristretto per una cicatrice interna.

Eisendrath (1) sperimentò la legatura in massa in 9 cani, trovando che avveniva facilmente la perforazione, se la legatura non si era assicurata all'esterno con qualche punto di seta.

2.^o *Sutura dell'ulcera.* - La sutura dell'ulcera fu praticata una volta dal Cazin, intervenuto per ematemesi violenta. Piuttosto che un'ulcera, esistevano però nella faccia posteriore, vicino alla grande curvatura, delle erosioni di cui venne praticata la sutura. Seguì la guarigione.

3.^o *Legature vasali.* - L'emorragia, specialmente se imponente, ha indotto più d'una volta ad escogitare nuovi processi per domarla; noi ne abbiamo registrato alcuni, che desideriamo ricordare.

Il Körte, in un uomo di 36 anni che da lungo tempo soffriva di disturbi gastrici ed aveva già avuto ematemesi, intervenne per ematemesi ripetute e gravi, praticando anzitutto una gastrotomia; riconosciuta l'ulcera nella piccola curvatura, ed avendone tentata la termocauterizzazione, senza riuscire però a frenare l'emorragia, praticò alcune legature nel fondo dell'ulcera il quale era formato dal pancreas: ma il paziente soccombette all'atto operativo.

Il Savariaud aveva proposto teoricamente la legatura di arterie gastriche, quando non venisse scoperta l'ulcera sanguinante. Questo concetto, che Mayo Robson condannava a priori come dannoso ed inutile, fu messo in pratica nel 1900 dal Roux, il quale, in una donna che aveva avuto abbondantissime ematemesi ed era ridotta in condizioni estremamente gravi, praticò la doppia legatura delle arterie della piccola

(1) Eisendrath. *Annals of surgery* 1899.

curvatura; la guarigione perdurava ancora tre anni dopo. In questo caso probabilmente l'ulcera risiedeva alla piccola curvatura.

Finalmente, più di recente, il Butlin eseguiva la gastrotomia, ed avendo trovato in corrispondenza della grande curvatura, vicino al piloro, un'area estesa della mucosa, senza vera ulcera, ma con parecchie fessure ed escoriazioni sanguinanti, praticò la legatura di ben nove di codesti punti sanguinanti. Il malato guarì.

4.^o *Digiunostomia*. - La digiunostomia è operazione che solo in casi eccezionali è stata praticata, e di solito avendosi a fare con carcinomi estesissimi, per cui era impossibile praticare una gastro-enterostomia, ma era urgente riparare alla inanizione. L'operazione consiste nel praticare una fistola artificiale del digiuno, nello stesso modo come si pratica una fistola gastrica; ad esempio, col metodo del Witzel.

La storia della digiunostomia in malati d'ulcera gastrica comincia con una operata del v. Eiselsberg nel 1894 (1). In questo caso si pensava in realtà al carcinoma, e l'intervento non doveva avere che uno scopo palliativo; soltanto il successivo decorso dimostrò l'errore della diagnosi. Trattavasi di una donna di 60 anni, in condizioni generali deplorabili, nella quale palpavasi un tumore nella regione del piloro ed inoltre si osservavano sintomi di stenosi anche da parte dell'esofago; alla laparotomia, la diagnosi di tumore del piloro e del cardias (probabilmente carcinoma) fu confermata, e non potendosi pensare nè alla resezione, nè alla gastro-enterostomia, si praticò la digiunostomia alla Witzel. Orbene, a questo atto operativo seguì un miglioramento così notevole, che dopo 11 mesi la paziente si nutriva già completamente per bocca, ed al Congresso tedesco di Chirurgia del 1900, v. Eiselsberg comunicava che la fistola era stata chiusa tre anni dopo, con successo: nel 1900, *ogni traccia* di tumore era scomparsa.

(1) v. Eiselsberg, Ueber Ausschaltung inoperabler Pylorus-Stricturen, nebst Bemerkungen über die Jejunostomie. *Archiv f. klinische Chirurgie* Bd. L [a pag 936].

Digiunostomie per ulcera furono poi praticate ripetutamente dal Maydl, che si fece fautore del metodo, non solo nell'ulcera in evoluzione, ma anche nelle stenosi da ulcera (1). A noi sembra però che, se l'ulcera è ancora in attività, la digiunostomia può bensì valere immediatamente, quanto e più della gastro-enterostomia, per mettere l'ulcera stessa in riposo e quindi darle modo di guarire; ma poichè essa non è in grado di opporsi agli eventuali effetti stenosanti della cicatrice, nelle stenosi non può aver valore che come palliativo e nelle ulcere in atto non può essere trattamento curativo che in certi casi. I suoi vantaggi sono dunque molto problematici: cosicchè noi pensiamo che vi si possa forse ricorrere in casi di estrema debolezza, nei quali urga intervenire nel modo più pronto e più rapido per nutrire il paziente, ma che la digiunostomia non abbia alcun diritto di sostituirsi alla gastro-enterostomia.

Per tornare ai casi del Maydl (sei), in tutti si trattava di ulceri in atto, che per lo più avevano dato luogo ad ematemesi; in tre si palpava un tumore epigastrico. A parte un paziente che finì di peritonite, ed un altro seguito per troppo poco tempo, negli altri quattro il risultato fu buono, con scomparsa del tumore e delle emorragie, e ripresa dell'alimentazione boccale dopo 6-9 mesi.

Buoni risultati avrebbe avuto anche il Kelling (2) in un caso; invece, nei casi del Krause e dello Stieda, l'operazione fu seguita da morte. In complesso, quindi, la mortalità in questo intervento sarebbe di 3 su 10.

La paziente del Krause, da tempo soggetta a ripetute e gravi emorragie sempre più frequenti ed abbondanti, era ridotta in uno stato miserando, da parecchi giorni essendo stata completamente privata di qualsiasi alimento. Il Krause praticò la digiunostomia nella narcosi eterea, ma l'intervento non ebbe che un effetto effimero, giacchè il giorno dopo

(1) Maydl, Weitere Beiträge z. Indikationsstellung der Jejunostomie. *Wiener klinische Rundschau* 1903, p. 3.

(2) Kelling, Ein sicheres Verfahren der Jejunostomie. *Zentralblatt f. Chirurgie* 1904, n. 5.

apparve una imponente emorragia, e la donna finiva in collasso.

Nel caso dello Stieda (1), l'indicazione non fu data dalle ematemesi, ma l'individuo era estremamente mal ridotto per una lunga serie di recidive che da 30 anni lo affliggevano. Vi era anche stato melena da poco tempo; la nutrizione per bocca era ridotta quasi a nulla, in causa del vomito continuo. L'operazione fu praticata con anestesia locale alla Schleich, essenzialmente con lo scopo di far presto, col metodo del Witzel. Si cominciò a dare qualche eccitante al paziente per mezzo della fistola, ma anche in questo caso il malato morì 24 ore dopo.

5.º *Digiunostomia associata a gastro-enterostomia.* - In 3 casi, per ulcera in evoluzione, è stata praticata la digiunostomia oltre alla gastro-enterostomia.

Il Bunge, nella clinica del Garré, operava nel 1902 un paziente che da anni aveva sofferenze gastriche ed aveva avuto parecchie volte vomiti ed ematemesi, di cui alcune anche recenti. All'operazione, furono trovate numerose aderenze più o meno recenti alla parete anteriore del ventricolo, ed un'infiltrazione ad anello al piloro, che si estendeva fino alla piccola curvatura. Fu fatta la gastro-enterostomia retrocolica posteriore ed inoltre la digiunostomia col metodo del Witzel. Lo scopo di questa aggiunta alla gastro-enterostomia era di poter lasciare il ventricolo in completo riposo, affinchè più facilmente non si ripetessero le emorragie: il che infatti avvenne, quantunque nei primi giorni il malato avesse avuto forti dolori gastralgici ed una volta vomiti. La guarigione fu completa con aumento di peso. Il paziente morì poi un anno dopo, forse per carcinoma.

Altri due interventi di questo genere appartengono al Krause. La tecnica, però, in tali casi fu differente, perchè, invece della gastro-enterostomia alla v. Hacker, questo chirurgo praticò l'anastomosi secondo Wölfler, associata ad enteroanastomosi. Nel primo caso si trattava di una donna che,

(1) In Stich, Beiträge zur Magen Chirurgie. *Bruns' Beiträge* Bd. XL, pag. 445, caso 56.

inutilmente curata con mezzi interni per un'ulcera gastrica, venne laparotomizzata nel novembre del 1902; un'ulcera della piccola curvatura vicino al piloro venne escisa e la perdita di sostanza fu suturata trasversalmente. Dopo un certo tempo essendo riapparso vomito abbondante con sintomi di gastroplegia, per cui la paziente non poteva assumere per bocca nessun cibo, e d'altra parte essendo insufficiente la nutrizione per clisteri, dopo circa un mese venne praticata la gastro-enterostomia antecolica con entero-anostomosi, e dal lato distale, a 10 cm. dell'entero-anastomosi, una digiunostomia alla Witzel. Furono date abbondanti quantità di latte ecc. per la fistola, ma la paziente non si riebbe più, e morì due giorni dopo.

Nell'altro caso del Krause, la stessa operazione fu praticata press'a poco per identiche indicazioni, il caso essendo però in condizioni generali migliori. Questa volta il decorso post-operativo fu buono. La nutrizione si fece per 13 giorni esclusivamente attraverso la fistola, anche pel fatto che dopo l'operazione eravi stato per due giorni vomito sanguigno. La fistola si chiuse circa dopo un mese e mezzo, e 9 mesi dopo l'operazione la guarigione persisteva ed il paziente era in ottimo stato di nutrizione.

6°. *Esclusione del piloro.* - Il Doyen pel primo, nell'ulcera gastrica in atto, praticò l'esclusione della regione pilorica a proposito di un caso di ulcera callosa della piccola curvatura, molto estesa, in individuo cachettico, anacloridrico, di 34 anni (1893). L'operazione consiste nel separare la regione pilorica dal resto dello stomaco, conservando però la continuità del piloro col duodeno, mediante sezione trasversale del ventricolo e suture a fondo cieco dei monconi gastrico e pilorico; in seguito, gastro-enterostomia.

Nel 1899 il v. Eiselsberg operò un caso interessante che si riferisce ad una donna già operata di gastro-enterostomia per ulcera del piloro, che aveva dato ematemesi; dopo l'operazione, non si era avuto che un passeggero miglioramento. Dopo 8 mesi venne praticata una nuova laparotomia, e fu trovato che l'ulcera pilorica si era rimpiccolita dopo la prima operazione; tuttavia, pensando che essa fosse la causa delle

emorragie e dei dolori, e poichè un'escisione, a causa delle aderenze col pancreas, non era possibile, v. Eiselsberg praticò la esclusione del piloro. Mentre però egli, dopo aver chiuso la parete pilorica, ispezionava col dito la cavità del ventricolo, per riconoscere se a quanto era impermeabile la anastomosi gastro-intestinale (essa era in realtà benissimo permeabile al pollice), avvertì alla superficie posteriore della piccola curvatura un'ulcera a margini duri, estesa più che una moneta da un marco, che si approfondiva verso il fegato. Poichè ad una esclusione, come per il piloro, non era da pensare a causa della sede dell'ulcera, spinto anche dalla necessità di finire in fretta l'operazione, v. Eiselsberg chiuse senz'altro anche la superficie di sezione prossimale del ventricolo. Egli credeva che l'intervento non avrebbe portato alcun vantaggio, perchè probabilmente la causa dei dolori e delle emorragie era l'ulcera più grossa. Era quindi disposto a praticare, in secondo tempo, una digiunostomia, tanto più che al quarto giorno dopo l'operazione era sopravvenuto un gravissimo accesso doloroso dopo ingestione di poco cibo; invece, l'ammalata guarì perfettamente senza più avere in seguito alcun disturbo. In questo caso bisogna ammettere o che i dolori e l'emorragia fossero dovuti alla più piccola ulcera pilorica, o che la sezione trasversale del ventricolo e le modificazioni prodottesi nella pressione interna dello stomaco dopo la gastro-enterostomia, abbiano fatto sì che l'ulcera della piccola curvatura non desse più alcun segno.

Ci riserbiamo di esporre più tardi il nostro parere sulla esclusione del piloro.

3. TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE PERFORAZIONI ACUTE DELLE ULCERI GASTRICHE NELLA CAVITÀ PERITONEALE.

La cura chirurgica delle perforazioni acute ebbe inizio, come abbiamo già detto, colla sutura di una perforazione eseguita dal Mikulicz il 7 ottobre 1880. Il primo caso operato con successo appartiene a Heussner e risale al 9 maggio 1892!

Metodi operatorii. - Trattandosi di pazienti i quali sono spesso in gravissime condizioni generali, il chirurgo talora è costretto ad operare senza narcosi.

La laparotomia fu eseguita, nella grande maggioranza dei casi e soprattutto quando la diagnosi era stata possibile prima dell'operazione, mediante incisione mediana alla regione epigastrica. Altre volte, l'incisione fu fatta più all'esterno; oppure, essendosi diagnosticata solo la peritonite, l'incisione mediana fu fatta sotto l'ombellico, salvo prolungarla in alto una volta riconosciuta la causa della perforazione. Oltre a queste, dobbiamo ricordare alcune incisioni parallele all'arco costale, e quelle fatte nella regione ileo-cecale per diagnosi d'appendicite. F. Brunner raccoglie 15 di questi casi.

Eseguita la laparotomia, si tratta *di ricercare la perforazione*; solo in casi eccezionali, in cui l'operazione venne eseguita relativamente tardi dopo l'accidente e si avevano motivi per ritenere che non continuasse la fuoriuscita di gas o di liquidi dal ventricolo, il chirurgo potè tralasciare questa ricerca. In parecchi casi l'operatore non è riuscito a trovare la perforazione, essendo questa troppo piccola od in sedi inaccessibili; altre volte, infine, non fu trovata per insufficiente ricerca o addirittura perchè non si pensava all'ulcera perforata del ventricolo.

All'infuori di alcuni dei casi suddetti, il non trovare l'apertura di perforazione ha avuto per conseguenza la morte in tutte le osservazioni riportate nella letteratura, ad eccezione di un caso del Bell e di uno del Bickersteth.

Alla ricerca della perforazione fanno ostacolo: il meteorismo, di solito tanto più notevole quanto maggior tempo è trascorso dal momento della perforazione, le aderenze, e finalmente, come accennammo, la posizione nascosta della perforazione stessa. Il meteorismo può richiedere la puntura capillare dell'intestino, associata, se del caso, a quella dello stomaco stesso. Le aderenze possono causare un ostacolo molto grave solo quando sono antiche, dipendenti da vecchi fatti di perigastrite che non sono stati sufficienti ad opporsi alla perforazione; invece le aderenze recenti, che sono conseguenza diretta della perforazione, sono facili da allontanarsi.

La sede della perforazione oppone spesso un ostacolo reale alla ricerca; così ad es., quando il fegato la ricopra, oppure se la perforazione è situata nella parete posteriore, e tanto più se si trova piuttosto in alto, vicino al cardias.

Trovata l'apertura, è questione se lo stomaco dev'essere svuotato o no. Alcuni operatori, come ad es. Barker, Keetle ecc., hanno creduto opportuno procedere allo svuotamento dell'organo, il quale, ripieno notevolmente, permetteva ancora la fuoriuscita di cospicue quantità di contenuto, con grande ostacolo alla sutura. In tali pratiche occorre essere molto guardinghi, per evitare versamento di nuovo materiale nel peritoneo.

Come trattare l'apertura?

Evidentemente il metodo migliore è, ogni qualvolta sia possibile, la *sutura della perforazione*. In parecchi casi, prima della sutura, si è praticata la *escisione dell'ulcera*, e questo perchè l'apertura era circondata da un'area molto ispessita, e la semplice sutura non avrebbe dato sufficiente garanzia; altre volte, prima della sutura si è praticato il *ravvivamento dei margini* od anche la *termo-cauterizzazione*. Talvolta la escisione fu praticata soltanto dopo che era fallito un tentativo di sutura, pel fatto che i fili tagliavano i tessuti.

L'escisione può riuscire molto ampia, così da essere esportati frammenti estesi di parete gastrica (ad es., cm. 6×10 in un caso del v. Beck; cm. 8×4 in un caso dell'Evans ecc.).

La sutura si è eseguita per lo più con seta, e di solito in più strati. Brunner raccoglie 33 casi in cui fu fatta la sutura semplice, con 16 guarigioni e 17 morti; 129 casi in cui furono eseguiti più strati di sutura (2 strati in 111 casi, 3 in 17, 4 in 1) con 77 guarigioni e 52 morti; e 32 casi in cui fu usato l'omento per chiudere da solo la perforazione, oppure per rafforzare la sutura (di questi ultimi, 15 casi su 27 sono guariti). Di 85 casi, infine, in cui è detto soltanto che l'apertura è stata suturata, 43 sono guariti.

Come si vede, non ha grande importanza il modo con cui si eseguisce la sutura, pure essendo stati migliori i risultati dopo chiusura con più piani; e ciò perchè i fattori influenti sulla mortalità sono spesso indipendenti da questo tempo dell'operazione.

Praticando la sutura nelle ulcere vicine al piloro od all'esofago, si deve aver cura di compierla in modo da evitare successivi fenomeni di stenosi. Così, ad es., il Borchgrevink, dopo aver suturata un'ulcera perforata alla parete posteriore del piloro (anche con apposizione di omento), dovette praticare al 23° giorno una gastro-enterostomia alla Wölfler, per segni di stenosi, e per emorragia dall'ulcera.

In casi non frequenti apparve inutile la sutura della perforazione, che aderenze pregresse avevano già coperto.

Riuscendo impossibile la sutura, 4 metodi sono stati usati principalmente, e cioè:

- 1° l'affondamento dell'ulcera,
- 2° il tamponamento dell'apertura,
- 3° la gastrostomia,
- 4° operazioni di plastica o la gastro-enterostomia.

L'affondamento è addirittura indicato dal Moynihan, invece dell'escisione, come metodo di norma. Il Bidwell l'usò in un caso di perforazione della superficie anteriore vicino alla piccola curvatura, con stomaco a clessidra (morte nella stessa giornata); ed il Wallis invaginò con successo un'ulcera della piccola curvatura vicino al cardias, però molto piccola.

Il tamponamento porta per conseguenza la formazione di una fistola gastrica, ma può essere ugualmente indicato, quando la sutura non riesca per aderenze preformate, o non possa farsi completa, e soprattutto se le condizioni generali del paziente esigono che si termini rapidamente l'operazione. Su 15 casi in cui fu fatto il tamponamento in corrispondenza del punto perforato, oppure in vicinanza del luogo donde si vedeva uscire, fra le aderenze, il contenuto gastrico, F. Brunner ha riscontrato 12 guarigioni e 3 morti. La fistola si chiude di solito spontaneamente in tempo non lungo.

In altri casi, sempre per il bisogno di far presto, o per l'impossibilità di suturare, l'operatore ha eseguito volontariamente la *fistola gastrica* od ha drenato il ventricolo attraverso la ferita addominale. Su 14 casi così operati, soltanto 2 volte avvenne la guarigione, e precisamente in un caso del

Paul (1), nel quale però era stata suturata la perforazione, ed in uno del Thomas. Nel primo si trattava di una ragazza di 21 anni operata 9 ore dopo la perforazione; fu trovata una lacerazione trasversale vicino al cardias, ed essendo riuscita con difficoltà la sutura, a causa della posizione del punto perforato e della costituzione della parete all'intorno (catgut, apposizione di omento), il Paul, per sicurezza, introdusse un drenaggio di vetro attraverso la parete anteriore del ventricolo. Questo fu tolto poi dopo 12 giorni e la fistola si chiuse spontaneamente in 4 settimane. Nel caso del Thomas, si trattava di una ragazza operata in 12^a giornata e nella quale i tentativi di sutura erano rimasti infruttuosi. La guarigione avvenne dopo lungo tempo.

F. Brunner ricorda 2 casi in cui fu eseguita la *gastro-enterostomia* con successo: quello di Howitt (2), in cui la perforazione si trovava nella parete posteriore vicino al piloro e fu fatta l'escisione, la sutura, e la gastro-enterostomia anteriore alla Wölfler con bottone di Murphy; e quello del Braun (3), in cui si trovava un *ulcus-tumor* vicino al piloro, con perforazione, e fu praticata la gastro-enterostomia alla v. Hacker, dopo sutura del grande omento sulla perforazione. A questi casi ne aggiungiamo altri 3, ossia 2 del Brentano ed 1 del Dahlgren.

1° Uomo di 53 anni, operato in collasso 10 ore dopo la perforazione (Brentano); molto essudato torbido nella cavità peritoneale, perforazione grossa come un pisello al piloro. Sutura: gastro-enterostomia retrocolica posteriore, drenaggio della cavità addominale. Guarigione.

2° Ragazza di 26 anni, operata un anno prima di gastro-enterostomia antecolica con entero-anastomosi per stenosi pilorica: intervento (Brentano) 16 ore dopo la perforazione; aderenze della superficie anteriore dello stomaco alla parete addominale, non peritonite generale; lacerazione nel punto dell'anastomosi, con ispessimento calloso della parete gastrica all'intorno; chiusura con apposizione di omento, e nuova gastro-enterostomia retrocolica poste-

(1) Paul, *Lancet* 1895, Vol. 2, p. 31.

(2) Howitt, *Medical record* 1900, Vol. 2, p. 551.

(3) Braun, *Centralblatt für Chirurgie* 1897, p. 739.

riore, utilizzando l'ansa afferente della vecchia gastro-enterostomia. Omento posto sulla superficie anteriore dello stomaco per impedire il riformarsi di aderenze colla parete addominale. Guarigione.

3^o Ragazza di 18 anni, operata 3 ore e mezzo dopo la perforazione (Dahlgren). Peritonite diffusa purulenta; perforazione in corrispondenza di un ulcus-tumor al piloro; chiusura della perforazione con omento, gastro-enterostomia posteriore per ovviare all'eventuale formazione di una stenosi pilorica; lavaggio del peritoneo; drenaggio; morte al 12^o giorno per nuova perforazione.

Abbiamo dunque in complesso 5 casi, con 4 guarigioni e un morto.

La *pilorectomia* fu eseguita dal Keetley (1); la perforazione era avvenuta da 3 ore e mezzo, ed il piloro, sede della perforazione, era ristretto da una cicatrice. Guarigione.

Una *plastica* fu eseguita da Maunsell Moullin e da Hahn con sutura trasversale dell'apertura, ed in entrambi i casi si ebbe la guarigione. Non fu invece ugualmente fortunato il Tobin (2), in un caso in cui l'ulcera perforata era a 3 cm. dal piloro, contemporaneamente ristretto.

Trattamento del peritoneo. - La questione più importante e dibattuta, sotto questo punto di vista, è se si debba o no lavare il peritoneo. Senza dubbio dev'essere accuratamente asportato il materiale versatosi; ma, mentre molti si contentano di questo, altri invece consigliano un lavaggio accurato ed abbondantissimo della cavità peritoneale, eseguito magari con completa eviscerazione dell'intestino; non solo, ma in certi casi si è continuata la lavatura del peritoneo attraverso tubi da drenaggio, per qualche giorno dopo l'operazione.

All'incontro, alcuni dicono che l'irrigazione del peritoneo è spesso colpevole di ascessi subfrenici secondari, i quali portano a morte, o rendono necessaria una seconda operazione; eventualità cui sarebbero meno esposti i casi trattati senza lavatura.

Se si guarda alla statistica raccolta da F. Brunner, se-

(1) Keetley, *Lancet* 1902, vol. 1.

(2) Tobin, *British medical journal* 1902, vol. 1.

condo la quale la guarigione si avrebbe nel 73 % dei casi, quando non fu praticata la lavatura del peritoneo, e solo nel 56 % dei casi trattati con lavatura, si sarebbe tentati di attribuire a priori maggior valore al primo, anzichè al secondo metodo. Ma si deve considerare che i lavaggi si sono fatti generalmente nei casi in cui più grave era l'inondazione peritoneale per opera del contenuto gastrico, o più avanzata la peritonite purulenta, in modo che male si potrebbero confrontare fra loro le cifre ricordate.

Noi siamo partigiani della semplice pulizia con compresse di garza asciutta e sterilizzata, o meglio, forse, con compresse imbevute di soluzione fisiologica, nei casi in cui il versamento è stato scarso, la reazione peritoneale non è generalizzata, o, in caso positivo, non esiste ancora suppurazione; nei casi inoltre di perforazione nella retrocavità degli epiploon con preservazione della grande cavità peritoneale; in tutti i casi, infine, in cui si è già manifestata una più o meno voluminosa raccolta purulenta *circoscritta*.

All'incontro, quando il contenuto gastrico si è versato in gran copia e si è diffuso a tutto il ventre; come pure, se in periodi di tempo più tardivi questo fatto ha già dato luogo a peritoniti purulente generalizzate, riteniamo necessario il lavaggio, come quello che lungi dall'offrire il pericolo di portare germi infettanti in punti declivi, ove per caso non ancora esistessero, al contrario ha il vantaggio di raggiungere precisamente questi punti declivi e di asportare meccanicamente le impurità. Il pericolo di eventuali ascessi subfrenici tardivi sarà evitato, quando si abbia cura di ispezionare sistematicamente, in questi casi gravissimi, la retrocavità degli epiploon e di portare in essa l'acqua di lavatura, asciugando in seguito accuratamente con compresse asciutte. L'acqua pel lavaggio, che potrà essere soluzione fisiologica, oppure anche semplicemente acqua sterilizzata (non crediamo opportuni i lavaggi antisettici), deve essere usata a temperatura di 37°-38°. A questo proposito ricordiamo le ricerche sperimentali di Corrado Brunner, di cui già abbiamo riferito qualche risultato (pag. 19).

C. Brunner ha ricercato nei conigli, dopo infezione della

cavità peritoneale con succhi gastrici anacidi o iperacidi. gli effetti dei lavaggi con soluzione fisiologica, o con soluzioni antisettiche di actol. acido salicilico ecc. Dall'insieme delle sue ricerche risulta:

1° che il lavaggio completo del cavo peritoneale con soluzione fisiologica, viene da conigli robusti sopportato anche se le intestina vengono eventrate.

2° che col lavaggio, anche dopo prolungate irrigazioni, rimangono sempre alcune particelle di contenuto gastrico, cosicchè l'eliminazione meccanica dei germi non risulta completa. L'effetto della lavatura sarebbe quindi solo relativo, nel senso che notevoli quantità di germi sono eliminate, e relativamente scarse rimangono ancora. Dipende solo dal grado di virulenza di questi germi rimasti, se poi ne avverrà ancora la proliferazione con conseguente peritonite.

3° che si è avuta una nuova prova delle differenze che offrono i diversi contenuti gastrici, dal punto di vista del loro potere infettante; ancora risultando che il succo gastrico ricco di HCl è molto meno infettante di quello che ne è povero. Cosicchè, le irrigazioni potevano salvare l'animale dopo infezione con succo iperacido, mentre il contenuto anacido, altamente virulento, resisteva maggiormente alle lavature.

4° che nessun risultato positivo si poté ottenere aggiungendo alla soluzione fisiologica di lavatura il siero anti-streptococcico.

Non riuscì al Brunner di definire se, coll'uso di irrigazioni antisettiche, si può giungere ad attenuare la virulenza dei germi, senza danno della resistenza dei tessuti e dell'organismo in generale.

Il Brunner conclude quindi, riguardo alla peritonite da perforazione nell'uomo, con concetti analoghi a quelli da noi espressi, e cioè che nella peritonite essudativa parziale, o quando la diffusione del processo è dubbia, ei si deve astenere dal favorire, colla corrente di lavatura, la diffusione del processo infettivo; che nello stadio della peritonite generale già sviluppata, sono inutili le lavature quando si tratti della forma fibrinosa secca: mentre, allorquando si è già raccolto abbondante essudato purulento, l'irrigazione con solu-

zione fisiologica calda deve ritenersi il mezzo più sicuro ed utile per asportare le masse di essudati colle loro tossine.

Il Brunner fa anche seguire alle lavature i drenaggi multipli, cioè le aperture sui fianchi e al disopra della sinfisi pubica, mentre evita di regola l'eventrazione, come quella che potrebbe aggravare lo stato generale, già così cattivo nei pazienti che si operano per perforazione.

E qui viene il destro di parlare dell'ultimo atto dell'operazione e cioè della *chiusura della ferita addominale*. In un certo numero di casi, essa è stata fatta completa, senza lasciare alcun drenaggio; evidentemente si trattava dei casi in cui la poca estensione del processo infettivo e la praticata pulizia, davano all'operatore sufficiente garanzia di successo. Infatti, nella grande maggioranza dei casi di questo genere si è ottenuta la guarigione.

Per lo più, però, si è istituito un drenaggio della cavità peritoneale, sia con garza, sia con tubi di vetro o di gomma. Noi possiamo, con F. Brunner, classificare così questi drenaggi:

1° Drenaggio della parte superiore del ventre, della sutura gastrica, dello spazio subfrenico. Esso si può fare dall'angolo superiore della ferita, o dall'angolo inferiore se la ferita stessa è breve, o da una contro-apertura praticata sotto l'arco costale, oppure, infine, attraverso lo spazio subfrenico. Unendo ai casi del Brunner altri riscontrati da noi, con questo metodo di drenaggio si conterebbero 62 guarigioni, 37 morti.

2° Drenaggio della regione gastrica e del bacino; questo ultimo, mediante apertura al disopra della sinfisi pubica e collocamento di un drenaggio di vetro. In un caso il bacino fu drenato attraverso il fornice posteriore, ed in altri casi con apertura praticata nel fianco destro, che si era eseguita con diagnosi di appendicite. Si devono ricordare, con questo trattamento, 24 guarigioni e 11 morti.

3° Drenaggio del solo bacino, dall'angolo inferiore della ferita laparotomica o attraverso speciale apertura praticata sopra la sinfisi (di 16 casi, 9 guariti, 7 morti).

4° In alcuni casi più complicati, drenaggio con aperture

ai fianchi, al dorso, nelle regioni lombari, o in altri diversi punti (casi 23, 12 guariti, 11 morti).

5° Finalmente, in casi eccezionali, tamponamento di tutta la ferita.

Risultati dell'operazione. - La mortalità negli interventi per ulcera perforata, calcolata da noi in base a 486 casi, è di 47,9 % (morti 233, guariti 253). Anche il Brunner ha calcolato una mortalità del 48 %, ed English ottenne pure, nei suoi casi, il 52 % di guarigioni. Però, calcolando altre statistiche che non sono comprese nei casi citati ed anche tenuto conto del fatto che sono più facilmente pubblicati i casi di guarigione, che quelli di morte, non si è lontani dal vero affermando col Brunner che dei casi operati per perforazione, ne sono guariti tutt'al più un terzo. Le probabilità di guarigione sono inoltre tanto maggiori, quanto più pronto è stato l'intervento. I calcoli fatti a questo riguardo dal Brunner dimostrano che le probabilità di guarigione diminuiscono dopo l'undicesima ora, inquantochè dopo questo tempo la peritonite generale interviene di solito a peggiorare la prognosi. Nè si può dire che questa migliori quando l'intervento avvenga oltre le 48 ore, contrariamente all'opinione di alcuni autori, ad es. il Robson, secondo i quali un caso che avesse superato il secondo giorno senza operazione, avrebbe di nuovo molte probabilità di guarire, una volta sottoposto all'atto operativo.

Cause di morte. - La principale causa di morte risiede nella peritonite generale, la quale nella grande maggioranza dei casi uccide i pazienti entro le prime 48 ore dall'operazione, e solo molto più di rado nei giorni successivi. Le altre cause di morte non facciamo che enumerarle, aggiungendo alcuni casi a quelli del Brunner; queste cause furono:

Peritonite saccata	casi	9
Ascesso subfrenico	»	19
Empiema	»	5
Polmonite	»	6
Embolia polmonare	»	2
Ascessi polmonari	»	1
Ascesso del fegato	»	1

Occlusione intestinale	casi	9
Perforazione del tenue	»	1
Emorragia dall'ulcera	»	12
Perforazione di seconda ulcera	»	15
Inanizione, collasso	»	7

Queste affezioni, al contrario della peritonite generale, conducono a morte dopo parecchi giorni, e spesso anche dopo uno o due mesi dall'operazione.

Decorso dei casi guariti. - Sotto questo riguardo, non tutte le osservazioni sono così complete da poter essere usufruite. Anche qui ci limiteremo ad una enumerazione delle complicanze, le quali sono tanto frequenti, che un decorso assolutamente liscio si può calcolare avvenga in poco più di $\frac{1}{3}$ dei casi. La serie delle seguenti complicazioni riguarda un insieme di 116 casi, fra i quali taluno ha presentato più di una complicanza.

Disturbi peritonitici nei primi giorni	14
Febbre elevata	10
Ascessi in corrispondenza della sutura o svuotatisi attraverso la ferita addominale	27
Ascessi subfrenici	6
Fistole conseguenti al tamponamento della perforazione	7
Fistole tardive	4
Pleuriti	12
Empiemi	4
Polmoniti	4
Bronchiti	2
Ascessi polmonari	4
Embolie polmonari	1
Ematemesi	5
Pus nelle feci	3
Occlusione	2
Nuova perforazione	2
Flebite	7
Parotite	10
Otite media	1
Nefrite	1
Aborto	1

Frequentemente la guarigione impiega, per queste ragioni, molto tempo a compiersi, e facilmente occorrono nuovi atti

operativi a causa delle complicanze. Queste, d'altra parte, possono avvenire molto tardivamente, ed essere causa di morte anche molti mesi dopo avvenuta la guarigione operatoria.

Conclusioni. - Quanto siamo venuti dicendo dimostra che, se pessima è la prognosi dei casi di perforazione di ulcera gastrica abbandonati a sè stessi, non può certo dirsi che divenga fausta dopo l'intervento: tuttavia, la differenza fra la mortalità nei casi operati e in quelli non operati (circa 65 % di fronte a 95 %) induce a concludere che l'operazione deve essere eseguita ogni qual volta il chirurgo, non solo possa accertare, ma abbia appena il sospetto di un'avvenuta perforazione. L'operazione dev'essere inoltre compiuta al più presto, poichè non solo aumentano così le probabilità di successo immediato, ma si evitano altresì più facilmente molte delle accennate complicazioni post-operative, che spesso costituiscono da sole la causa di morte.

Quando il paziente si trovi in condizioni gravi di collasso, potrà essere utilmente usato qualche eccitante, poichè frequentemente il collasso stesso non dura a lungo, se il paziente è messo in assoluto riposo in posizione orizzontale. Ricordiamo a questo proposito il pericolo dell'iniezione di morfina prima di aver fatto la diagnosi, con conseguente mitigazione dei sintomi e possibile perdita preziosa di tempo prima di operare. Il prolungarsi dello *shock* non deve tuttavia essere una controindicazione assoluta ad operare immediatamente, perchè non sono rari i casi in cui l'atto operativo è stato il più sicuro ed efficace rimedio anche contro le pessime condizioni generali. L'operazione, per quanto d'urgenza, deve essere fatta con tutte le regole dell'asepsi: e preferibilmente in narcosi generale, per potere con calma ispezionare completamente il cavo peritoneale.

L'incisione laparotomica sarà fatta mediana, al disopra della cicatrice ombelicale, salvo poi prolungarla in basso se, e quanto, fosse necessario. L'incisione mediana permette di ispezionare tutta la cavità addominale e di orientarsi rapidamente sulla sede della perforazione. Noi crediamo che l'incisione mediana debba essere praticata anche nei casi

in cui è dubbio se si tratti di perforazione o nei quali non si saprebbe con sicurezza localizzare questa al ventricolo, perchè sarà molto semplice prolungare l'incisione stessa sin dove occorre, anche se praticata nella regione sopra-ombelicale.

Ha una grande importanza l'ispezione accurata e completa del ventricolo sulle superfici anteriore e posteriore, perchè piccole aperture in quest'ultima sede possono facilmente sfuggire.

Trovata l'apertura di perforazione, ci si regolerà come già si è detto, cioè praticando la cruentazione dei margini, o l'escisione seguita da sutura, tutte le volte che sarà possibile; altrimenti, la miglior cosa è limitarsi a tamponare.

Quanto agli interventi complessi, come le plastiche e la gastro-enterostomia, riteniamo che le prime sieno indicate tutte le volte che l'ulcera si trova in vicinanza degli ostii, e che la gastro-enterostomia si debba fare soltanto se si può avere una relativa sicurezza per l'asepsi e se vi sono per essa tutte le indicazioni; come ad es. se, essendo l'ulcera vicino al piloro, fosse impossibile eseguire la sutura e la plastica.

Riguardo all'utilità di eseguire la semplice esportazione meccanica degli essudati e dei liquidi fuorusciti dal ventricolo, abbiamo già detto il nostro pensiero, nè qui ci ripeteremo: aggiungiamo solo che il porre o no uno o più drenaggi nella cavità peritoneale dipenderà dall'estensione e dall'intensità del processo peritonitico.

Se questo è iniziale e non si ha motivo di ritenere infetti il bacino o lo spazio subfrenico, crediamo opportuna la chiusura completa, dopo accurata pulizia locale; altrimenti sarà utile porre un drenaggio, preferibilmente di garza alla Mikulicz, salvo sostituirlo poi con un tubo di vetro o di gomma nei giorni successivi.

Il chirurgo dovrà inoltre lasciarsi guidare in tutti i suoi atti, oltrechè dalle condizioni locali, anche da quelle generali del paziente: dalle quali gli verrà spesso il consiglio di abbreviare o meno un intervento e di ricorrere all'uno piuttosto che all'altro dei mezzi terapeutici ricordati.

4. TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE PERFORAZIONI DI ULCERI GASTRICHE AL DI FUORI DELLA CAVITÀ PERITONEALE.

1. *Fistole gastriche spontanee.* - Abbiamo già osservato che anche la fistola gastrica spontanea è soggetta, come quella secondaria alla cura chirurgica delle perforazioni acute o degli ascessi da perforazione, a guarire spontaneamente. Perciò il chirurgo può limitarsi per un certo tempo, anche nei casi di fistola spontanea, ad una aspettativa armata, pronto ad intervenire allorquando riconosca che la fistola non ha tendenza a chiudersi, oppure, come può avvenire, tende anzi ad allargarsi, con conseguente deperimento progressivo dell'ammalato e minaccia di morte per inanizione. Dai casi riferiti nella letteratura di fistole spontanee da ulcera, risulta invero che essi sono i più ribelli, perchè l'apertura è di solito diretta, il decorso della fistola non presentando quella obliquità che è una delle condizioni perchè più facilmente avvenga la chiusura della fistola stessa.

La cura radicale sarebbe di praticare la laparotomia in modo da penetrare in cavità in corrispondenza del peritoneo libero, al disopra e al disotto dell'apertura fistolosa, comprendendo questa tra due incisioni semi-elittiche, che si fondono in alto e in basso: staccare il tratto di parete addominale cui è aderente il ventricolo, e, trascinato questo al di fuori della cavità peritoneale, che verrà protetta mediante compresse, procedere alla resezione dello stomaco all'esterno del tratto infiltrato.

Questo intervento è molto più razionale che i tentativi di plastica con lembi cutaneo-muscolari, i quali non garantiscono contro la recidiva della fistola in causa della digestione del lembo, e sono quindi totalmente abbandonati. Invece, la resezione del ventricolo, seguita da sutura in doppio piano fatta sulle parti sane, garantisce in modo assoluto contro la recidiva in tutti i casi che saranno stati ribelli alle leggere causticazioni o cauterizzazioni.

L'operazione che abbiamo descritta come elettiva, può

incontrare difficoltà se le aderenze intorno all'ulcera sono estese.

2. *Fistole gastro-coliche.* - Queste fistole sono talmente gravi, per la inanizione e le altre complicazioni a suo tempo descritte, che un trattamento chirurgico si impone. Per dare un'idea del come possono essere curate, crediamo opportuno riferire il caso operato con successo da Hahn e che è riferito da Elsner (1). L'apertura del ventricolo era nella parete posteriore e comunicava molto in alto col colon trasverso, all'altezza della flexura coli sinistra. Per la difficoltà di mettere in luce sufficiente la regione, furono chiusi i capi afferente ed efferente con sutura a borsa di tabacco, e la parte iniziale del colon trasverso, medialmente alla chiusura, venne anastomizzata colla flexura sigmoidea. Siccome le legature vennero praticate ad una certa distanza dalla fistola, rimasero attaccati al ventricolo due appendici a fondo cieco corrispondenti ai due capi afferente ed efferente del colon, legati. L'ammalata si riebbe tanto presto, che dopo due mesi la secrezione gastrica era completamente normale; e dopo 3 anni era tuttora libera da dolori, in buono stato di nutrizione, e con funzioni dell'alvo regolari. Elsner ha potuto stabilire che le due appendici possedevano una capacità relativamente cospicua di svuotarsi, come il resto della parete del ventricolo con cui comunicavano.

Ogni qualvolta sia possibile, il trattamento di queste fistole gastro-coliche deve consistere però nella resezione della porzione di ventricolo aderente, seguita da sutura a doppio piano, tanto delle pareti gastriche, come di quelle del colon.

3. *Fistole gastro-intestinali (col tenue).* - Questo stesso metodo o, se non è possibile, la semplice chiusura a borsa di tabacco in corrispondenza dell'anastomosi, deve usarsi nei casi in cui la fistola si sia formata con un tratto molto basso di intestino (nei quali l'indicazione ad operare è quindi di necessità). Invece, quando l'anastomosi si compie molto in alto, di regola non è a parlarsi di intervento chirurgico, come già abbiamo accennato.

(1) Elsner, Eine Dauerheilung einer Fistula gastrocolica. *Münchener medicinische Wochenschrift* 1903, Nr. 32.

4. *Fistole fra stomaco e cistifellea*. - A loro volta reperto accidentale in interventi sul ventricolo per ulcera o stenosi (Codivilla), oppure sulla cistifellea per calcolosi od empiema (Kehr), queste fistole debbono essere trattate con la resezione dell'aderenza, e la sutura della perforazione residua sulla parete gastrica, aggiungendo la colecistostomia o la colecistectomia, se per le condizioni della cistifellea queste operazioni sembrano indicate.

5. *Perforazioni nella pleura e nel polmone*. - Essendo l'empima, e rispettivamente l'ascesso o la gangrena polmonare, le conseguenze di questa complicanza, la cura è precisamente quella usata di solito contro queste affezioni, cioè ampia apertura dell'ascesso, previa resezione costale, e drenaggio. Trattandosi di una fistola prodotta per aderenza diretta del ventricolo al diaframma, la linea di condotta potrà essere diversa dai casi di ascesso subfrenico perforato nella pleura od aperto per via trans-pleurale: infatti, se sembrasse insufficiente il tamponamento per ottenere la guarigione della fistola mediante il progressivo colmarsi della cavità, potrebbe essere opportuno un tentativo di sutura della perforazione.

5. TRATTAMENTO DELL'ASCESSO SUBFRENICO

E DEGLI ALTRI ASCESSI DA PERFORAZIONE DI ULCERA GASTRICA.

1. *Ascessi perigastrici*. - L'ascesso perigastrico viene trattato diversamente secondo che si manifesta in modo acuto o lento, con formazione di una sacca purulenta copiosa, oppure con essudato scarso e tendente a riassorbirsi. Quando all'epigastrio esista una bozza fluttuante, l'indicazione è semplice e formale, cioè incidere sulla linea alba in corrispondenza del tumore e svuotare così il pus. La cavità si deterge accuratamente senza troppi maneggi; se si credono abbastanza solide le aderenze circostanti, si può anche praticare un lavaggio, e quindi si zaffa con garza iodoformica. Questa operazione molto semplice può eseguirsi con anestesia locale.

Nei casi, invece, nei quali non è evidente un focolaio sup-

purativo, ed il chirurgo è piuttosto indotto ad operare a causa dello stato generale del paziente, l'intervento deve essere prescelto come si trattasse di una operazione per ulcera in corso di evoluzione; tutt'al più può esservi il sospetto di un'avvenuta perforazione e si deve essere pronti a porvi riparo.

Quando l'ascesso perigastrico si è sviluppato da un'ulcera della parete anteriore (più raramente della piccola curvatura), ed è perciò in immediato contatto colla parete addominale, di cui infiltra più o meno gli strati ed alla quale il ventricolo stesso è aderente, l'operatore può cadere per avventura col taglio precisamente su questa zona d'infiltrazione. Allora sarà buon consiglio incidere più in basso in corrispondenza del peritoneo libero, e con la mano introdotta in cavità rendersi conto dell'estensione, di solito non molto notevole, che ha la superficie aderente; e allora con due incisioni semi-elittiche cercare di delimitare e staccare tutta la parte infiltrata e con essa estrarre fuori dalla cavità addominale il ventricolo aderente. Non resta allora che eseguire una resezione segmentaria di quest'organo e riunire con duplice o triplice strato di sutura i bordi dell'incisione. Quest'operazione è insomma la stessa che si eseguisce nei casi di ulcera penetrante nella parete addominale, e che dicemmo altresì indicata come cura radicale della fistola gastrica spontanea.

Ricordiamo qui la nostra osservazione 46^a, in cui l'ascesso da ulcera perforata si era in gran parte riassorbito e che fu appunto operato dal Prof. Carle con le norme ora indicate.

Se l'ascesso perigastrico si è sviluppato posteriormente e si è formata una cavità fra stomaco e fegato o stomaco e pancreas, l'atto operativo deve pure cominciare con una laparotomia mediana sopra-ombellicale.

Giunti in profondità, si troverà un tumore più o meno voluminoso circondato di solito da aderenze estese e poco lasse, in rapporto con la sede dell'avvenuta perforazione. Queste aderenze sono in parte pregresse alla perforazione, in parte susseguenti. A questo punto, le vie da seguirsi possono essere diverse: o il tumore (che nell'interno può contenere pus in quantità più o meno abbondante, oppure una cavità

ancora in rapporto diretto con la cavità gastrica) viene aggredito direttamente e se ne pratica la resezione; oppure si fa la gastro-enterostomia, provvedendo così alla stenosi quasi costantemente concomitante e lasciando il tumore al suo ulteriore e spontaneo riassorbimento, precisamente come nei casi di tumori infiammatorii intorno ad un'ulcera.

Una delle osservazioni del Maydl citate a proposito della digiunostomia, si riferisce ad un caso di ulcera perforata della parete gastrica posteriore, con formazione di una cavità inclusa nella retrocavità degli epiploon e comunicante con lo stomaco.

2. *Altri ascessi intra-peritoneati da perforazione, al di fuori dello spazio subfrenico.* - Quando questi ascessi sono superficiali, la terapia, molto semplice, consiste nell'incisione seguita da drenaggio; ciò succede frequentemente negli ascessi intra-peritoneali sviluppati fra le anse, i quali spesso vengono a contrarre rapporti immediati con la parete addominale.

Può essere invece necessario praticare l'apertura dell'ascesso in due tempi, se le aderenze alla parete non sono così intime da escludere il pericolo d'infezione della cavità peritoneale. L'incisione si farà in corrispondenza della parete addominale anteriore, sulla linea mediana o nella fossa ileo-cecale; altre volte, nella regione lombare, a seconda della sede dell'ascesso. Quando sia infetto lo spazio del Douglas, nella donna, è molto semplice procedere allo svuotamento dell'ascesso attraverso il fornice posteriore; ed in certi casi, può essere indicato praticare l'apertura attraverso il retto.

3. *Ascessi subfrenici.* - La terapia chirurgica è anche qui indispensabile, perchè la guarigione spontanea dell'ascesso subfrenico è eccezionale, e la morte è la conseguenza pressochè ineluttabile dei casi abbandonati a sè stessi. Dal punto di vista terapeutico dobbiamo distinguere i casi in cui l'ascesso fa sporgenza all'epigastrio e quelli in cui è sviluppato profondamente sotto la volta diaframmatica, nascosto dalla base del torace. La prima condizione esige un intervento in corrispondenza dell'epigastrio stesso; l'altra, invece, esige la resezione di una o più coste e l'apertura del cavo pleurico.

1°. Supponiamo che esista una tumefazione fluttuante al-

l'epigastrio: previa narcosi generale, che sarà sempre prudente in questi casi di vaste raccolte ascessuali a rapporti molto estesi coi visceri, da cui spesso sono separate mediante una barriera poco resistente, il chirurgo deve incidere esattamente sulla parte più sporgente della tumefazione, colla certezza in questo modo di non penetrare nella cavità peritoneale libera.

Appena praticata l'incisione del peritoneo, si cade direttamente sul focolaio stesso e sfuggono gas e pus, di solito con violenza. Con l'esplorazione digitale, ci si renderà conto allora della estensione della cavità e si giudicherà quanto occorra allargare l'incisione stessa. È infatti necessario che l'apertura sia quanto più possibile ampia, affinché il drenaggio possa farsi direttamente. La cavità deve essere quindi accuratamente detersa, con o senza lavaggio. Una esplorazione delle pareti allo scopo di riconoscere, se già non è manifesta, la sede della perforazione, non crediamo sia necessaria, per diversi motivi: anzitutto perchè la perforazione può essersi già spontaneamente oclusa ed una ricerca di essa farebbe inutilmente perdere tempo, con danno delle condizioni generali, già di solito gravi, del paziente; in secondo luogo, perchè l'esperienza insegna che un drenaggio collocato anche a perforazione tuttora aperta permette la chiusura graduale ed abbastanza rapida della ferita, con guarigione spontanea della fistola gastrica. Così ad es., il Lejars cita un caso nel quale la perforazione era talmente ampia, che tutti i liquidi ingeriti passavano dapprincipio per la ferita, tantochè per tutta una settimana fu necessario ricorrere esclusivamente all'alimentazione rettale; ma poi, a poco a poco, la fuoruscita del materiale alimentare attraverso alla fistola divenne meno abbondante, parallelamente al colmarsi graduale della cavità, finchè dopo tre mesi non rimaneva che un piccolo foro all'angolo superiore della cicatrice, con accenno a restringersi sempre più, lasciando ormai fuoruscire solo un po' di liquido sieroso.

Il processo di guarigione si compie insomma nell'identico modo come nei casi di perforazione acuta, nei quali venga fatto il tamponamento della perforazione stessa. Che se resi-

duasse una fistola alimentare ribelle, non sarebbe difficile procedere poi, in secondo tempo, ad una cura radicale di questa complicanza.

L'intervento descritto può fallire, come avvenne in casi operati dallo stesso Lejars, perchè esiste contemporaneamente una seconda raccolta purulenta dovuta ad altra perforazione e sfuggita al chirurgo (ascessi multipli che sono eccezionali, del resto, come eccezionali sono le perforazioni multiple); oppure perchè la distruzione della parete gastrica in corrispondenza del punto perforato è irreparabile per la sua ampiezza.

In questi ascessi subfrenici sporgenti all'epigastrio può anche non essere sufficiente la semplice incisione: ma, essendo la cavità molto ampia e presentando diversi fondi ciechi difficili a drenarsi attraverso di quella, può divenire necessaria una contro-apertura: ricordiamo ad es. un caso del Körte nel quale, dopo apertura di un grosso ascesso subfrenico sporgente all'epigastrio e contenente molto gas e icore, il chirurgo credette opportuna una controincisione nella linea ascellare anteriore, dopo resezione della 10^a costa (1).

Il Körte stesso praticò un'altra volta una controapertura nella linea ascellare dopo resezione costale, per via trans-pleurica; ed in altri due casi esegui, invece, la controapertura parallelamente all'arco costale, sempre nella linea ascellare anteriore, senza resezione di coste.

2.° Quando l'ascesso non oltrepassa notevolmente l'arco costale, deve essere aggredito per la via trans-pleurale mediante resezione d'una o più coste, praticata in corrispondenza del punto dove la puntura esplorativa ha scoperto la presenza di pus. A questo proposito è da risolversi il quesito se questi ascessi subfrenici si debbano svuotare attraverso la pleura sana, e, in caso affermativo, come ci si debba comportare di fronte alla pleura stessa.

Occorre ricordare che l'infezione della pleura è una delle più frequenti complicazioni dell'ascesso subfrenico, tanto che

(1) Grüneisen, Uebersubphrenische Abscesse. *Archiv f. klinische Chirurgie* Bd. LXX, caso 29.

nella grande maggioranza dei casi coesiste una pleurite essudativa semplice, od una pleurite adesiva, o infine una pleurite purulenta. Nei casi osservati dal Grüneisen, ad es., 41 volte fu eseguita la resezione costale, e solo in 12 casi la pleura era sana; in 14 casi esistevano aderenze dei foglietti pleurici; in 14 altri casi, essudato siero-purulento o purulento; in un caso, essudato puramente sieroso. Pure non essendo queste osservazioni tutte uguali dal punto di vista eziologico, tuttavia dobbiamo ritenere che la frequenza della complicazione pleurica non sia minore, anche considerando solo gli ascessi subfrenici da perforazione di ulcera gastrica.

Quando coesista un empiema, la resezione costale ed il drenaggio della pleura divengono un mezzo curativo di entrambe le lesioni. Se la suppurazione pleurica dipende da comunicazione fra la cavità della sierosa e quella dell'ascesso subfrenico, non resta che ampliare la comunicazione per via ottusa o col bisturi. Se, invece, le due cavità non comunicano, occorre incidere il diaframma e produrre artificialmente la comunicazione stessa; oppure, se non si vuole che il pus dell'ascesso si diffonda nella pleura, si può trarre nella ferita il diaframma mediante anse di filo e poi inciderlo. La cavità, dopo svuotato il pus, potrà essere lavata con acqua sterile o con soluzione fisiologica sterilizzata, quindi si asciugherà accuratamente e si stabilirà un drenaggio di garza all'iodoformio da sostituirsi poi in parte, al momento opportuno, con tubi a drenaggio.

Il Monod (1) praticò inoltre, in uno di questi casi, una contro-apertura addominale, con un processo precisamente inverso a quello descritto per la cura degli ascessi che sporgono all'epigastrio.

È anche semplice l'intervento quando esistano delle aderenze pleuriche; l'apertura praticata con la resezione costale non riesce, in tal caso, penetrante nella cavità pleurica e si può andare direttamente sull'ascesso attraverso il diaframma.

Però, sui 14 casi di questo genere riferiti dal Grüneisen,

(1) Monod, *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1897.

5 volte si dovette procedere in 2° tempo alla resezione di una costa più alta, per empiema secondariamente sviluppatosi.

Quando, infine, la pleura sia sana o solamente sede di un essudato sicoso, dopo praticata la resezione costale e aperta la pleura, si farà una sutura fra il foglietto parietale ed il diaframmatico, in modo da isolare perfettamente la cavità pleurica [a questo scopo si consiglia una sutura a punto retrogrado (*Steppnaht*)]. Il foglietto diaframmatico sarà isolato facilmente, incidendo con molta prudenza anche un po' delle fibre muscolari del diaframma.

Anche con questo procedimento può tuttavia avvenire la infezione della pleura (4 volte, su 14 casi del Grüneisen), necessitante in secondo tempo una nuova resezione costale per empiema: ma nella maggioranza dei casi si può essere sicuri d'evitare l'infezione della pleura, pur procedendo per via trans-pleurale.

Anche per questi ascessi, che si devono aprire attraverso il torace, ripetiamo ciò che fu detto a proposito delle incisioni epigastriche, che cioè è inutile ricercare la sede della perforazione, ma importa solo drenare bene mediante un'ampia apertura.

Quanto al trattamento post-operatorio degli ascessi subfrenici (come in genere degli empiemi), si usa con successo nella clinica del Prof. Carle il trattamento asciutto, astenendosi dalle irrigazioni dopo la seduta operatoria; solo dopo alcuni giorni, quando la cavità tende a restringersi, si sostituisce parzialmente la garza con tubi a drenaggio.

La *prognosi* dell'operazione per ascesso subfrenico da ulcera gastrica perforata, dipende dallo stato generale del paziente, dall'ampiezza dell'ascesso, dall'estensione della perforazione, dall'importanza delle successive complicanze.

Maydl (1) raccolse 10 casi di ascessi subfrenici di origine gastrica, con 3 morti. Körte (2) operò 9 casi, con 5 guariti e 4 morti (2 per collasso e 2 per polmonite). Se si tien calcolo che molti casi di insuccesso non vengono pubblicati, non

(1) Maydl, Ueber subphrenische Abscesse. Wien 1894.

(2) in Grüneisen, loco cit.

crediamo di essere lungi dal vero ammettendo che le guarigioni non superino il 30-35 % dei casi. Non tenendo conto della causa dell'ascesso, la statistica complessiva del Grüneisen su 60 casi di ascesso subfrenico dà, del resto, il 33 % di guarigione.

In rapporto agli ascessi da perforazione di ulcera gastrica, deve essere infine ricordata anche la possibilità di dovere intervenire in secondo tempo a cura della malattia fondamentale: e più precisamente, come fece il Körte, con una gastro-enterostomia. Invero, possono osservarsi gastralgie ribelli e vomiti, in rapporto diretto con la sede dell'ulcera perforata, oppure dovuti alle aderenze multiple che residuano alla guarigione dell'ascesso ed all'abolizione dello spazio subfrenico.

6. CURA CHIRURGICA DELLE STENOSI PILORICHE CICATRIZIALI DA ULCERA.

1. Resezione. - Nelle stenosi piloriche cicatriziali, la resezione, sia parziale che di tutto il piloro, costituisce uno dei primi interventi praticati. Infatti devono essere registrati qui i più antichi casi del Rydygier, del v. Kleef e del Lauenstein, i quali rappresentano le prime cure operatorie delle stenosi benigne. Questa, che sarebbe la vera cura radicale, non trovò tuttavia seguaci entusiasti, se si eccettua il Billroth, al quale appartiene una numerosa serie di resezioni piloriche anche per stenosi cicatriziali.

I primi interventi furono fortunati: il Rydygier, con un metodo, come dicemmo, identico a quello usato più tardi dal Billroth e che va erroneamente sotto il nome di Billroth I, otteneva la più perfetta guarigione, non solo operatoria, ma anche funzionale; e già notammo che la sua operata viveva ancora in ottima salute 19 anni dopo.

v. Kleef guariva pure la sua ammalata, che era molto dimagrita ed anemica per ematemesi abbondanti; però l'esito funzionale non fu in questo caso perfetto.

Sono da ricordare, in seguito, il Lauenstein, al quale

l'ammalata moriva dopo 7 giorni per gangrena del colon trasverso; ed il Billroth, che eseguiva pure con insuccesso (peritonite) una resezione parziale: disastri che non fecero però desistere questi operatori da ulteriori interventi.

Poichè devesi notare che la mortalità per questa operazione, specialmente nei primi tempi, si eleva a cifre molto alte: precisamente, su 23 casi operati dal 1882 al 1890, 12 non avendo superata l'operazione, la mortalità fu del 52,1 %; e siccome in seguito, la tecnica operatoria non subì modificazioni d'importanza, questi primi insuccessi devonsi riferire essenzialmente agli errori di asepsi. Infatti dal 1882 al 1890 la peritonite è la causa della morte in oltre la metà dei casi, e precisamente nel 58,3 %. Nel 25 % dei casi si tratta di collasso; la polmonite e la gangrena del colon figurano una volta rispettivamente. Due volte la polmonite si associava a fatti di peritonite.

All'incontro, dal 1891 al 1895, quando già alla resezione si trova talora associata la gastro-enterostomia, la mortalità generale scende al 37,5 % (3 morti su 8 casi, rispettivamente per inanizione, collasso, e gangrena della parete anteriore del ventricolo [caso del Kader, nella clinica del Mikulicz]).

La mortalità scende ancora se consideriamo il periodo dal 1896 al 1902, durante il quale sono raccolti nella nostra statistica 20 casi, di cui 5 morti, e cioè il 25 %. Qui le cause sono: 2 volte la polmonite; una volta il collasso; un'altra, la gangrena del colon trasverso; in un caso, fatti di peritonite cronica.

Riguardo alla *tecnica dell'intervento*, notiamo che, su 51 casi, in 34 si tratta di resezione semplice totale o parziale del piloro, mentre in 13 casi alla resezione fu aggiunta la gastro-enterostomia e 4 volte la breccia fu chiusa con una plastica. Riunendo questi ultimi casi a quelli di resezione semplice, abbiamo 16 morti su 38 operati, con una mortalità di 42,1 %; nelle resezioni con gastro-enterostomia si hanno 4 morti su 13, cioè 30,7 %.

Quanto agli *esiti lontani della resezione*, le notizie sono straordinariamente scarse. Di un'operata del Mikulicz nel 1888 (resezione del piloro per ulcera callosa stenosante estesa

sul corpo del ventricolo), sappiamo che morì dopo un anno e mezzo con disturbi gastrici: di un'ammalata del Billroth, si sa che moriva dopo 3 mesi cachettica, senza però che si fosse manifestato un tumore; un altro ammalato del Billroth moriva dopo neppur 2 mesi per emorragia da nuova ulcera: ed in quello del v. Kleeß residuarono atonia e dilatazione gastrica.

Anche contando che solo in questi 4 casi sia mancata la guarigione funzionale, avremmo complessivamente 20 insuccessi su 38 casi (esclusi, naturalmente, quelli in cui fu fatta anche la gastro-enterostomia): cioè la resezione avrebbe più o meno completamente fallito allo scopo nel 52,6 % dei casi.

Il 18,1 % dei guariti operativamente non conseguirebbe la guarigione funzionale.

Indicazioni e metodi. Soltanto in certi casi, all'esame obiettivo del paziente si palpava un tumore all'epigastrio più o meno dolente; ed una sola volta (caso di Huntington) l'intervento sarebbe stato eseguito con diagnosi di carcinoma. I pazienti soffrivano per lo più da anni di dolori e vomiti, ed erano tormentati spesso da ematemesi: quasi tutti poi presentavano spiccato dimagrimento e dilatazione gastrica.

All'atto operativo il reperto fu molto vario: ora una semplice ulcera in via di cicatrizzazione con stenosi più o meno marcata; ora un tumore, talvolta molto esteso, coi caratteri descritti a proposito delle ulcere callose e penetranti, e in certi casi così approfondito nel pancreas da necessitare la resezione anche di quest'organo.

Per ciò che riguarda i *metodi*, la resezione del piloro fu praticata per lo più col metodo circolare del Rydygier, e meno frequentemente con quello del Billroth (Billroth II), cioè chiusura del ventricolo e del duodeno e gastro-enterostomia anteriore. Tolti quattro interventi di questo genere, fra i quali uno del Doyen, che, invece della gastro-enterostomia alla Wölfler, applicò il suo metodo, negli altri casi di gastro-enterostomia associata alla resezione si tratta sempre del metodo posteriore del v. Hacker, con o senza bottone.

Huntington, resecatò il piloro e chiuso il ventricolo, ana-

stomizzò mediante bottone il capo del duodeno alla parete anteriore dello stomaco.

Nei casi in cui alla resezione fu associata la plastica, questa consistette sempre nella riunione trasversale dei margini della breccia.

Sesso ed età. - Fra i pazienti così operati, troviamo 19 uomini e 32 donne; il più giovane dei pazienti è una donna di 16 anni operata dal Körte di resezione parziale e plastica, per cicatrice da ulcera estesa alla grande curvatura; il più vecchio è una donna di 65 anni operata dal Novaro di escisione e plastica per ulcera del piloro in via di cicatrizzazione, formante un tumore ben netto e mobile: essa moriva in 12^a giornata per bronco-polmonite e peritonite locale.

La mortalità nel sesso maschile risulta del 36,8 %, nel femminile 40,6 %.

2. *Divulsione.* - Il 14 settembre 1882 Pietro Loreta eseguiva la prima *divulsione digitale del piloro*, operazione che egli poi ripeté nello stesso anno e descrisse con gran lusso di particolari nell'anno successivo all'Accademia medica di Bologna. Con questa operazione egli intendeva di guarire radicalmente le stenosi cicatriziali, gli spostamenti del piloro e tutte le gastrectasie in genere, consecutive ad ostacoli situati nel piloro stesso. Credeva che il tessuto divulso sarebbe andato soggetto alla degenerazione grassa e quindi che una recidiva sarebbe stata impossibile.

L'operazione consiste nel penetrare con due dita nell'anello pilorico, previa gastrotomia, e lentamente cercare di allargare l'anello stesso, finchè sia possibile senza sforzo tenere divaricate le due dita di circa un centimetro.

Dapprincipio l'esito di questa operazione sembrò buono e diversi chirurghi la praticarono: per primo il Giommi, quindi il Poggi, il Codivilla ed altri ancora.

Però, forse per l'uso di questo atto operativo in casi non adatti (poichè, per esempio, fu anche applicato ai carcinomi, mentre il Loreta l'aveva indicato solo per le stenosi benigne), forse per il fatto di dover penetrare colle dita nella

cavità gastrica, la mortalità per divulsione fu subito molto alta. Il Novaro pensa, probabilmente a ragione, che nei casi favorevoli si sia trattato frequentemente di restringimenti spasmodici: nel qual caso, come anche allorchè la cicatrice occupa solo un lato dell'anello pilorico, non è sul tessuto cicatriziale che si esercita l'azione del dito divulsore, ma bensì sulla parte sana o semplicemente ipertrofizzata del piloro. Che se il piloro è trasformato in totalità in tessuto cicatriziale, la divulsione non riesce, oppure corre rischio di produrre delle lacerazioni anche mortali: d'altra parte, se il tessuto cicatriziale non è molto antico, la dilatazione può riuscire, ma a costo di recidiva in seguito alla normale retrazione dei tessuti di cicatrice (1).

L'operazione del Loreta venne in seguito modificata: così Hahn praticò l'operazione deprimendo a dito di guanto da una parte la parete gastrica, dall'altra la duodenale e vincendo in tal modo la resistenza dell'anello pilorico. Con questo metodo fu operato dal Carle il caso di divulsione che figura nella nostra statistica (osserv. 3). Jaboulay pure praticò più tardi lo stesso processo, intitolandolo anzi al suo nome, in un caso di cancro con estese aderenze perigastriche che impedirono la gastro-enterostomia.

Non abbiamo creduto necessario nè opportuno raccogliere una statistica di questa operazione, perchè essa sarebbe riuscita necessariamente incompleta ed inesatta, per la difficoltà di distinguere i casi in cui sarebbe preesistita un'ulcera; e inoltre, perchè ormai questo intervento è pressochè da tutti abbandonato.

Se guardiamo a statistiche da altri pubblicate, quella di Haberkant (2) raccoglie 31 casi con 19 guariti e 12 morti, cioè una mortalità del 38,7 %: secondo il Génévrier (3), invece, su 65 casi si avrebbero 47 successi permanenti (71,3 %),

(1) Rif. dal Giordano, *Compendio di chirurgia operatoria italiana* 1900, pag. 325.

(2) Haberkant, *Archiv. f. klin. Chir.* Bd. LI.

(3) Génévrier, *Thèse de Lyon* 1899.

(4) In Stich, *Brunns' Beiträge* Bd. XL, casi 49 e 63.

4 recidive (6,1 %) e 14 morti (21,4 %) di cui 6 dovute direttamente alla divulsione. Ma molto probabilmente questa è una statistica troppo ottimista.

Come abbiamo detto, l'operazione è ormai quasi da tutti abbandonata; di casi pubblicati recentemente, riguardo all'ulcera gastrica, noi non conosciamo che quelli del Garré (3), dei quali il primo risale al 1895, e l'altro è del 1902. In entrambi avvenne la guarigione; ma mentre nell'uno questa perdurava da 5 anni e mezzo, nell'altro fu necessaria, subito dopo, una cura interna alla Leube.

Nel caso di divulsione col metodo Hahn operato dal Prof. Carle, esisteva una cicatrice stellata sulla parete posteriore in vicinanza del piloro: avvenuta la guarigione, il malato accusò poi qualche dolore dopo l'uso di cibi grossolani.

3. Gastro-enterostomia. - Applicabile sempre nella stenosi cicatriziale (sono eccezionali i casi nei quali la estensione e la fissità delle aderenze possono impedire la gastro-enterostomia), quest'operazione diviene di necessità allorquando esistono fatti di peripilorite, oppure havvi notevole ectasia gastrica con abbondante ristagno.

La prima operazione per stenosi cicatriziale del piloro da ulcera venne praticata dal v. Hacker nel 1884, con esito fortunato. Poi, nei primi tempi, fu ripetuta quasi esclusivamente col metodo del Wölfler, se si eccettuano un caso del Billroth del 1886, uno dello Czerny ed uno del Matlakowsky nel 1888. Soltanto nel 1890 il metodo v. Hacker comincia ad essere usato più largamente, fino a divenire il preferito.

Anche a proposito della stenosi pilorica cicatriziale metteremo in luce i risultati della gastro-enterostomia in base alla nostra statistica, compilata anche in questo caso con 3 principali divisioni riferentisi alla gastro-enterostomia con sutura, a quella coll'aggiunta di enteroanastomosi, ed alla gastro-enterostomia praticata col bottone.

I casi di gastro-enterostomia per stenosi pilorica cicatriziale che abbiamo raccolto sono 415, e vennero operati dal 1884

(caso del v. Hacker) a tutto il 1903 (caso del Carle, 5-1-04); 241 sono stati operati con sutura (di cui 39 con aggiunta di entero-anastomosi) e 174 col bottone.

La mortalità generale in questi 415 casi è del 10,3 % (morti 43), e cioè:

gastro-enterostomia

con sutura casi 202, morti 29 = 14,23 %

gastro-enterostomia

con sutura ed enteroanastomosi » 39, » 1 = 2,5 %

gastro-enterostomia

con bottone » 174, » 13 = 7,42 %

Se paragoniamo, quanto ai risultati immediati, i casi di gastro-enterostomia con bottone agli altri presi complessivamente, troviamo una mortalità di 7,42 % nei primi, e di 12,4 % nei secondi; cioè, non havvi nella stenosi pilorica cicatriziale una differenza così grande fra i due metodi, come abbiamo visto nell'ulcera in evoluzione.

Fatto curioso, e probabilmente dovuto alla differenza nel numero dei casi operati, è che le percentuali di mortalità non diminuiscono con regolarità dei diversi periodi di tempo. Infatti nelle gastro-enterostomie con sutura notiamo:

1884-90 casi 22 morti 6 = 27,2 %

1891-95 » 42 » 12 = 28,5 %

1896-900 » 101 » 8 = 7,92 %

1901-03 » 37 » 3 = 8,10 %

Nelle gastro-enterostomie associate ad enteroanastomosi:

1896-900 casi 28 morti 1 = 3,5 %

1901-03 » 11 » 0 = 0,0 %

Nelle gastro-enterostomie con bottone:

1892-900 casi 132 morti 8 = 6,06 %

1901-03 » 42 » 5 = 11,8 %

Raccogliamo ora in una tabella i risultati ottenuti, in rapporto ai diversi metodi di anastomosi:

	Gastro-enterostomia con sutura		Gastro-enterostomia con sutura + enteroanastomosi		Gastro-enterostomia con bottone	
	N. dei casi	Morti	N. dei casi	Morti	N. dei casi	Morti
Wölfler	68	14	31	1	26	3
v. Hacker	111	13	8	—	139	10
Doyen	2	—	—	—	—	—
Brenner	7	1	—	—	—	—
Kappeler- Wölfler	2	1	—	—	—	—
Kappeler- v. Hacker	1	—	—	—	—	—
Roux	6	—	—	—	9	—
Roux- Wölfler	1	—	—	—	—	—
Kocher	1	—	—	—	—	—
Postnikow	1	—	—	—	—	—
Non indicato	2	—	—	—	—	—
	202	29	39	1	174	13

Confrontiamo, come abbiamo fatto per le ulcere in evoluzione, i metodi del Wölfler e del v. Hacker.

1° Mortalità generale { Wölfler casi 125 morti 18 = 14,4 %
v. Hacker » 258 » 23 = 8,91 %

2° Mortalità nella gastro-enterostomia con bottone { Wölfler casi 26 morti 3 = 11,53 %
v. Hacker » 139 » 10 = 7,19 %

3° Mortalità nella gastro-enterostomia senza bottone (con e senza enteroanastomosi) { Wölfler casi 99 morti 15 = 15,15 %
v. Hacker » 119 » 13 = 10,9 %.

Infine, prendendo in considerazione soltanto i casi in cui furono usati i metodi Wölfler e v. Hacker senza enteroanastomosi (con o senza bottone), complessivamente si ha la seguente

mortalità generale	Wölfler	casi 94	morti 17 = 18 %
	v. Hacker	» 250	» 23 = 9,2 %

Notiamo che 5 volte, dopo gastro-enterostomia alla Wölfler con sutura, l'enteroanastomosi fu fatta col bottone.

Risulta da quanto precede che:

1°. La mortalità, nelle gastro-enterostomie per stenosi pilorica cicatriziale da ulcera, non è diminuita progressivamente.

2°. Nelle gastro-enterostomie con bottone, la mortalità è alquanto minore che nelle gastro-enterostomie con sutura.

3°. La mortalità generale col metodo Wölfler è doppia di quella col metodo v. Hacker.

Infine, in rapporto al sesso, si notano 28 morti su 261 uomini (10,7 %), e 15 morti su 144 donne (10,4 %); cioè non havvi influenza speciale del sesso sulla mortalità.

Cause di morte. È molto interessante il fatto che la *peritonite* è stata causa di morte in un numero di casi di gran lunga minore in questi interventi per stenosi pilorica cicatriziale, che non in quelli per ulcera in evoluzione; ciò è da mettersi in rapporto con le frequenti perforazioni che complicano l'intervento per ulcera in atto, senza che a questo possa essere imputata direttamente la consecutiva peritonite.

Sopra 43 casi di morte nelle stenosi cicatriziali, la *peritonite* figura 4 volte appena, e cioè una volta dopo gastro-enterostomia alla Wölfler con enteroanastomosi; in un altro caso (Hartmann) in cui fu usato il metodo Wölfler con sutura, perchè questa comprendeva una parte del tessuto infiammatorio vicino all'ulcera; infine, in 2 casi di gastro-enterostomia alla v. Hacker con bottone.

Il *collasso* ha una grande importanza fra le cause di morte, essendosi osservato 7 volte (6 volte dopo gastro-enterostomia con sutura; una, dopo gastro-enterostomia con bottone).

In un caso dell'Hartmann, la morte avvenne per *emorragia* dal pancreas, in cui penetrava un'ulcera non ancora completamente cicatrizzata.

Causa molto frequente di morte è inoltre la *polmonite*, che si è osservata in 10 casi. In 2 casi si è notato *embolia polmonare* ed in uno *gangrena polmonare*.

Infine, dobbiamo ricordare che una certa importanza hanno pure la *cachessia* e l'*inanizione* (5 casi), mentre una sol volta figurano le seguenti cause di morte: *miocardite*, *difterite*, *tubercolosi miliare*, *atonìa del ventricolo*, *sventramento*. In 4 casi la causa della morte non è specificata.

Vi sono poi altre 4 osservazioni interessanti, che meritano di essere riferite, e cioè due in cui la morte avvenne per errore di tecnica nell'eseguire l'anastomosi, e due nei quali fu dovuta al circolo vizioso.

Richiamiamo l'attenzione sulla scarsa frequenza del circolo vizioso fra le cause di morte e notiamo che i due casi in parola furono operati col metodo Wölfler (uno col bottone). Ricordiamo inoltre che in un paziente del Brenner, il quale morì dopo 48 ore senza sintomi di circolo vizioso, ma bensì di inanizione, all'autopsia venne riscontrato l'inghiocciamento dell'ansa efferente.

Gli altri due casi appartengono rispettivamente al Lauenstein ed al Codivilla; entrambi questi operatori, praticando un'anastomosi alla Wölfler, scelsero inavvertitamente un'ansa intestinale corrispondente alla porzione inferiore dell'ileo; ne conseguì che i pazienti morirono coi sintomi della *lienteria*, cioè avendo presentato scariche alvine di alimenti indigeriti. All'autopsia, nel caso del Lauenstein (1888), si riscontrò che era stata suturata allo stomaco la parte inferiore dell'intestino, a 25 cm. dalla valvola ileo-cecale.

Nel caso del Codivilla (1894) l'innesto era stato fatto ad un metro dal cieco; l'errore in quest'operazione avvenne per le condizioni fisiche anormali dell'operatore, a causa d'un incidente avvenuto quando già l'atto operativo era iniziato.

Complicanze post-operative. Fra le complicanze degne di nota che turbarono il decorso post-operativo, accenniamo anzitutto al *circolo vizioso*, che fu osservato in 6 casi e precisamente dopo un'operazione alla Wölfler con enteroanastomosi, dopo due v. Hacker e due Wölfler con sutura, ed una v. Hacker con bottone. Questi fatti resero necessaria talora l'enteroanastomosi in secondo tempo. In altri casi si sono osservati dei vomiti per un tempo piuttosto lungo, senza carattere però di vero circolo vizioso.

Relativamente frequenti sono poi la bronchite e la bronco-polmonite (2 % circa dei casi); e in 3 osservazioni, dopo gastro-enterostomia alla v. Hacker, si verificò *gastrorragia*, ciò che dimostra la concomitanza di ulcersi in evoluzione con stenosi pilorica. In un caso del Carle (27), dopo operazione secondo il metodo v. Hacker con bottone, fu necessario praticare il Roux per ovviare al circolo vizioso; mentre in un altro caso in cui venne praticato il Roux con sutura (73), fu poi dovuto ampliare il neo-piloro per insufficiente svuotamento del ventricolo.

Veramente questi fatti, più che nelle complicanze, entrebbero negli *esiti remoti*, i quali, anche nella stenosi cicatriziale come nell'ulcera in evoluzione, non sono sempre ottimi come il chirurgo spererebbe. La guarigione funzionale si ha però nella massima parte dei casi, poichè la *recidiva* non si è osservata che in 11 su 372 casi guariti, cioè nel 2,9 % di coloro in cui è avvenuta la guarigione operatoria. Cosicchè, se riuniamo la cifra delle recidive a quella delle morti, risulta che su 415 interventi per stenosi cicatriziali si contano 54 insuccessi, cioè il 13 % dei casi.

La recidiva avviene perchè l'anastomosi in progresso di tempo si restringe (casi di Czerny ecc.); oppure nel senso che si forma una nuova ulcera la quale dà segno di sè, ad onta della gastro-enterostomia precedente: oppure per difetti nella tecnica operativa, o per compressioni dall'esterno (aderenze) le quali causano di nuovo stenosi.

Interessanti sono soprattutto quelle recidive che intervengono tardivamente, come ad es., in casi del Brenner, del Novaro ecc., tanto più quando all'autopsia, o al tavolo operatorio, si possa ancora dimostrare la permeabilità dell'anastomosi. Altri esiti remoti sfavorevoli consistono nel formarsi di un'ulcera in corrispondenza della gastro-enterostomia con consecutiva perforazione, e nel sopravvenire del circolo vizioso in epoca lontana, come abbiamo accennato or ora. Infine vi sono tutti i casi che non costituiscono un vero e proprio insuccesso, ma nei quali i pazienti soffrono di qualche dolore, o di inappetenza, con insufficienze leggere motorie e chimiche del ventricolo; fenomeni che spesso scompaiono con semplici cautele dietetiche.

Ricordiamo ancora, per l'interesse che presenta, un paziente del Quénu, il quale, operato di gastro-enterostomia alla Wölfler con bottone nel 1898, ebbe dopo 15 mesi una ricaduta con vomiti e dolori, e dopo 4 anni dovette essere rioperato per *ulcera peptica* nella branca efferente, con penetrazione nella parete addominale. Praticata la resezione ed inoltre la gastro-enterostomia alla Roux, l'ammalato guarì.

Un operato del Tietze, nella clinica del Mikulicz, subì dopo gastro-enterostomia alla Wölfler con sutura diversi altri interventi (entero-anastomosi, digiunostomia ecc.) per formazione di *ulcera peptica digiunale*; complicazione questa sulla quale ritorneremo e di cui comunicarono osservazioni Braun, Hahn, Körte, Steinthal, Goepel ecc. in diversi congressi tedeschi di chirurgia.

A periodi di tempo vari dopo gastro-enterostomia per stenosi cicatriziale, come già si è visto per *ulcera* in evoluzione, si è osservato lo sviluppo di un carcinoma del ventricolo nella sede o no dell'antica *ulcera*. Ricordiamo a questo proposito due casi del Prof. Carle, nei quali dopo più di 3 anni dall'operazione, si palpa un tumore voluminoso del ventricolo; in un caso esiste anche spiccata *anacloridria* (oss. 59-63).

4. Piloroplastica. - Le piloroplastiche per stenosi pilorica cicatriziale nella nostra statistica non sono molte numerose (64 casi) e per quasi un sesto appartengono al Mikulicz; fra esse si trova il primo caso operato dal Heinecke il 28 Marzo 1886, e che merita perciò di essere ricordato un po' diffusamente.

L'Heinecke, intervenendo per stenosi cicatriziale molto grave e volendo rendersi conto più esatto della diagnosi, eseguì un'incisione longitudinale della parete anteriore del piloro. Lo spessore della parete non permettendo anche in questo modo di penetrar bene nel lume, egli fece ancora una piccola incisione trasversale nel mezzo di quella longitudinale, e allora poté riconoscere che il lume del piloro era appena permeabile ad un ferro da calza. Prolungando l'incisione longitudinale, tanto verso lo stomaco che verso il duodeno, poté penetrare col dito dall'una e dall'altra parte ed osservare così

alla parete* posteriore dello stomaco un'ulcera estesa circa come moneta da una lira, con fondo aderente al pancreas. I margini ed il fondo dell'ulcera erano lisci come se essa fosse stata cicatrizzata, e quindi, non più preoccupato per la sua presenza, l'Heinecke pensò soltanto a riparare alla impermeabilità del piloro, ciò che fu possibile riunendo in direzione trasversale le labbra dell'incisione praticata. L'ammalata guarì perfettamente.

Il Mikulicz, esponendo il suo metodo identico di piloroplastica, fu poi il vero divulgatore del processo, del quale attribui, come a ragione, la priorità ad Heinecke.

Nella nostra statistica si trova che nelle stenosi piloriche cicatriziali la piloroplastica fu praticata un maggior numero di volte dal 1895 al 1898; viceversa, dal 1899 a tutt'oggi non sono registrati che 9 interventi. La mortalità è di 7 casi su 64, cioè 10,93 %.

Cause di morte furono 2 volte l'emorragia da un'ulcera, due volte la peritonite, in altri due casi il collasso ed infine in un caso la gangrena polmonare, che intervenne 3 settimane dopo, essendo già perfettamente guarita e funzionante la nuova apertura. La metà dei casi di morte registrati appartiene al Mikulicz.

La guarigione avvenne di solito negli altri casi senza *complicanze*; soltanto in un caso dello Czerny si manifestò una bronchite, in un caso del Garrè una ematemesi, ed in un caso del Codivilla avvennero ripetuti vomiti biliari; fatto questo tanto più degno di nota, perchè, come vedremo, dopo piloroplastica il riflusso di bile nel ventricolo deve considerarsi come una rara eccezione.

Per ciò che riguarda gli *esiti remoti*, ricorderemo un operato dello Czerny che moriva dopo un anno e mezzo per carcinoma dei ventricolo; fatto, del resto, indipendente dall'intervento. Ma in altri 10 casi, cioè nel 17,5 %, l'operazione fallì perchè dopo un intervallo vario di tempo, da 15 giorni ad un anno, si ebbe la ricomparsa di tutti i sintomi, o di qualche disturbo, necessitanti anche degli interventi secondari.

Come il solito facendo riserva sul numero delle recidive che sono registrate, sommando queste colle morti abbiamo

un totale di 17 insuccessi a carico della piloroplastica (26,53 %); in più che $\frac{1}{3}$ dei casi, d'altra parte, dalle storie cliniche risulta che a distanza varia dall'operazione perdurava il benessere dei primi tempi. Degni di nota riguardo agli esiti lontani buoni, sono alcuni casi del Garrè, uno del Mikulicz, lo stesso primo caso dell'Heinecke, uno del Bardeleben e da ultimo quelli del Chamisso, nei quali la guarigione persisteva dopo un tempo vario da 4 a 5 anni e mezzo.

Le *indicazioni* ad operare sono state date dai vomiti, dai dolori, spesso dalle ematemesi leggere ma ripetute da diverso tempo, e resistenti alle cure mediche. In alcuni casi si palpava un piccolo tumore in corrispondenza dell'epigastrio o della regione pilorica (Novaro, Czerny, Garrè), tantochè la diagnosi poteva essere dubbia tra ulcera e carcinoma. Quasi sempre, inoltre, gli ammalati erano fortemente deperiti, cosicchè dopo l'operazione guadagnavano rapidamente in peso.

Quanto al *metodo operatorio*, in tutti i casi si è fatta la tipica piloroplastica. Dobbiamo però fare alcuni rilievi. Anzitutto il Robson preferì usare come sostegno, durante la sutura, la sua bobina di osso decalcificato, metodo che all'autore ha sempre corrisposto, ma che non ci consta sia stato usato da altri. Lo Czerny usò in due casi, invece dell'incisione longitudinale, una incisione semilunare che avrebbe dovuto contribuire a rendere ancora più largo il nuovo piloro; a questo intervento aggiunse inoltre la gastrolisi, per le aderenze estese riscontrate. Il Carle, seguendo lo stesso concetto di ampliare il più possibile il neopiloro, nel primo caso operato, escise due tratti conici con la base rivolta all'incisione principale, suturando quindi in senso trasversale. Il Mikulicz, a sua volta, in un caso complicato con stomaco a clessidra, eseguì anche la gastropastica e la termocauterizzazione dell'ulcera, che si trovava alla parete posteriore ed era penetrante nel pancreas: in un altro caso, aggiunse alla piloroplastica l'escisione dell'ulcera, che gli si presentava molto facile, trovandosi la lesione nella parete anteriore del piloro. Questo stesso procedimento usò anche Mayo Robson.

Dobbiamo infine ricordare che il Page, avendo trovata

un'ulcera recente in vicinanza della stenosi, ne praticò la sutura.

Sui reperti d'operazione non è il caso di fermarsi: cicatrici ad anello, pilori induriti e fissati da aderenze agli organi vicini, stenosi veramente estreme, sono reperti spesso ripetuti nella nostra statistica.

Quanto all'età degli operati, si va da un minimo di 19 anni in un caso del Krause ed uno del Mikulicz, ad un massimo di 55 in un caso del Garrè; riguardo al sesso, troviamo 41 uomini e 22 donne e 1 caso in cui non è indicato. Fra i morti essendovi 5 uomini e 2 donne, la mortalità riguardo al sesso sarebbe rispettivamente di 12,19 e 9,09 %.

5. Gastro-duodenostomia. - La nostra statistica comprende 7 casi appena di gastro-duodenostomia. Questa operazione è veramente stata praticata un numero di volte alquanto maggiore per stenosi pilorica cicatriziale, ma mancando sufficienti notizie cliniche non abbiamo creduto di dover tener conto di altri casi. Così, ad es., il Kocher (1), pubblicando di recente un suo metodo di mobilizzazione del duodeno e gastro-duodenostomia, dice di aver praticato 5 volte questa operazione e precisamente 4 volte in stenosi cicatriziali ed una volta in stenosi carcinomatosa, con risultato eccellente. Non si sarebbe trovato mai, o appena accennato, il riflusso di bile, ad onta dell'ampia comunicazione fra i due visceri; e soltanto una paziente, nella quale contemporaneamente fu eseguita la colecistostomia per calcoli biliari, si lamentò in seguito di dolori, che furono combattuti colla gastrolusi e che probabilmente erano dovuti al mancato svuotamento di una parte dilatata del ventricolo.

Per la tecnica di questa gastro-duodenostomia alla Kocher, diremo che egli eseguisce un taglio parallelo e distante due dita dall'arco costale destro, cominciando dalla linea mediana; penetrato in cavità, sposta il fegato in alto, lo stomaco a sinistra, il colon trasverso e la parte ascendente

(1) Kocher, Mobilisierung des Duodenum und Gastroduodenostomie. *Zentralblatt für Chirurgie* 1903, n. 2.

della flexura coli dextra in basso, e si dirige al duodeno fino a riconoscerne chiaramente il margine laterale. Disposte le garze sotto la superficie del fegato, che viene trattenuto da uncini, e trattenuti pure con garze lo stomaco ed il colon, egli lacera quindi a 3-4 cm. dal duodeno il foglietto parietale del peritoneo al disopra del rene ed il foglietto superiore del mesocolon fino ai grossi vasi, poi col dito penetrando sotto i margini peritoneali verso sinistra, libera il duodeno dalla colonna vertebrale, dalla cava ed eventualmente dall'aorta, finchè collo stesso dito lo può portare fino a contatto della parte pilorica dello stomaco, che deve essere congiunto col duodeno in corrispondenza del margine sinistro della ferita. Riuscirebbe facile, secondo il Kocher, fare un'anastomosi laterale sufficientemente ampia, con sutura. Questo processo sarebbe anche, secondo l'autore, da preferirsi, come metodo di elezione, alla gastro-enterostomia ed alla piloroplastica. Quando esistessero aderenze estese alla superficie inferiore del fegato, l'operazione potrebbe farsi lo stesso e solo sarebbe difficoltà dalla necessità di operare nell'addome. Naturalmente sugli esiti e sulle indicazioni di questo processo, che a prima vista appare piuttosto complicato, sarebbe prematuro ogni giudizio.

Un'altro caso di gastro-duodenostomia non citato nella nostra statistica è quello del Tavel, che è riferito nello stesso lavoro del Kocher: qui si sarebbe trattato di un uomo divenuto molto anemico per emorragie gastriche ad ogni ingestione di cibo. Il Tavel ha notato che un taglio al davanti del piloro, che permetta di portare nello stomaco e nel duodeno due dita della mano sinistra, facilita straordinariamente la sutura dell'anastomosi.

Questo caso sarebbe stato coronato da successo.

Lo stesso Kocher cita altre 3 gastro-duodenostomie del De Quervain e del Koslowsky, ma senza parlare delle indicazioni. Aggiungendo i 4 casi del Kocher e quello del Tavel ai 7 riferiti nella nostra statistica, si avrebbe un complesso di 12 casi con 2 morti, cioè una mortalità del 16,6 %.

Come poi risulta dalla statistica stessa, il primo che praticò la gastro-duodenostomia per stenosi pilorica cicatriziale

fu il Carle nel Febbraio 1895, però con risultato funzionale incompleto; poco dopo quest'operazione veniva eseguita con successo dal Bramann in due casi, ed anche in uno di questi la funzionalità del ventricolo non fu ottima, essendosi osservato frequentemente vomito dopo l'operazione.

In complesso quest'operazione, che ha trovato lì per lì la sua indicazione per la facilità in certi casi presentatasi di unire direttamente il duodeno allo stomaco, e per quanto sembri anche razionale perchè lascierebbe stomaco e duodeno press'a poco nei loro rapporti normali, non ci pare che finora abbia dato risultati tali da farla preferire alla gastro-enterostomia. Tanto più, che uno stomaco molto dilatato non potrebbe certo svuotarsi rapidamente dopo la gastro-duodenostomia, non essendo la nuova comunicazione nel punto più declive. Recentemente anche lo Schnitzler (1), pubblicando 5 casi di gastro-duodenostomia, dichiarava di preferire la gastro-digiunostomia, come quella che, praticata unitamente alla entero-anastomosi, garantisce assolutamente dal circolo vizioso; si noti che egli dovette praticare in secondo tempo una gastro-digiunostomia in un operato di gastro-duodenostomia. Naturalmente, sulla necessità della entero-anastomosi facciamo le più ampie riserve.

6. *Gastro-enterostomia associata ad esclusione del piloro.* - Il v. Eiselsberg praticò in 3 casi di stenosi pilorica cicatriziale il suo metodo di *esclusione del piloro e gastro-enterostomia* che già aveva usato in casi di carcinoma (sezione trasversale del ventricolo oralmente al piloro, chiusura a fondo cieco delle due superfici di sezione, gastro-enterostomia alla Wölfler).

In tutti 3 i casi si palpava una resistenza dura, più o meno ben definibile, nella regione pilorica, ed esistevano da lungo tempo disturbi gastrici, in due casi anche con ematemesi; da ultimo si erano osservati sintomi di stenosi e di gastrectasia. Nella regione pilorica si notava un tumore fisso al pan-

(1) Schnitzler. Zur Gastroduodenostomia lateralis. *Zentralblatt für Chirurgie* 1903, N. 10.

creas (in un caso anche al fegato), bernoccolato, duro (tumore da ulcera); poichè ad una resezione non si poteva pensare per la fissità del piloro, col concetto di porre più facilmente e rapidamente un termine ai gravi dolori dei pazienti, il v. Eiselsberg escluse il piloro e praticò la gastro-enterostomia antecolica. In tutti 3 i casi, dei quali 2 furono operati nel 1894 ed uno nel 1896, ottenne guarigione completa, con cessazione istantanea dei dolori.

Il v. Eiselsberg nota che in questi casi, così simili fra di loro per reperto anamnestico ed anatomo-patologico, sembra che il successo spiccatissimo ottenuto sia in parte da riferirsi alla esclusione, per quanto anche alla sola gastro-enterostomia spettino dei successi identici. Secondo lui, sarebbe assai brillante l'effetto dell'esclusione soprattutto sull'elemento dolore.

È da ricordare che nel secondo dei casi il decorso post-operativo fu turbato dalla formazione di una fistola d'aspetto stercoraceo, probabilmente formatasi per l'adesione colla ferita addominale della superficie di sutura del segmento pilorico: la fistola però guarì prontamente. Il tumore, che nel primo di questi malati si palpava molto distintamente dall'esterno, dopo un certo tempo era scomparso.

Noi però crediamo che questa operazione trovi razionalmente la sua indicazione solo in casi eccezionali. Lo stesso v. Eiselsberg la giudica una complicazione della gastro-enterostomia e la crede controindicata, per rimanere nel campo delle lesioni benigne, negli individui troppo indeboliti, appunto perchè essa prolunga molto l'operazione. All'incontro, crede che sia indicata questa combinazione soprattutto nell'ulcera del piloro, che solo di rado può essere resecata per le aderenze che la fissano posteriormente; la crede anche indicata come secondo tempo quando si sia già praticata una gastro-enterostomia e rimangano i dolori, oppure se nella prima operazione il paziente era troppo debole per fare la esclusione.

Secondo noi, può forse esser logica l'esclusione, più che nelle stenosi cicatriziali, quando si creda di aver a che fare con un'ulcera in procinto di perforarsi e si giudichi neces-

sario metterla in un riposo veramente assoluto; la gastro-enterostomia infatti può riuscire in questi casi veramente insufficiente, non impedendo all'ulcera di approfondirsi ancora ed anche di perforarsi. Ricordiamo p. es. un caso operato dal Prof. Carle (26), nel quale fu fatta la sutura di un'ulcera perforata in corrispondenza della superficie anteriore del piloro ed inoltre la gastro-enterostomia, e l'ammalata morì al 6° giorno per perforazione di un'ulcera duodenale, che era in rapporto di continuità con quella suturata. Essa era sfuggita all'attenzione dell'operatore perchè era rivestita ancora di sierosa sana che nulla lasciava sospettare: quindi, il praticato intervento fu razionale e, se non fosse esistita l'ulcera duodenale, sarebbe stato sufficiente a preservare da un'ulteriore perforazione quella pilorica suturata, giacchè la sutura, rafforzata con un lembo di omento, fu riconosciuta perfetta all'autopsia. Non vi ha dubbio che in questo caso, se si fosse veduta l'altra ulcera e fosse apparsa tecnicamente impossibile la resezione, sarebbe stata indicatissima la esclusione del piloro: ma a noi manca ogni criterio per giudicare quale sarebbe stata la sorte ulteriore di quell'ulcera dopo l'esclusione.

L'esclusione del piloro con gastro-enterostomia potrebbe fors'anche trovare la sua indicazione, a preferenza della digiunostomia, in casi di ulcera in atto con intolleranza gastrica assoluta; poichè è presumibile che esclusa la regione pilorica, sede del processo ulcerativo, cessi anche completamente l'intolleranza gastrica.

7. TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLO STOMACO A CLESSIDRA.

Lo stomaco bilocale fu per la prima volta trattato chirurgicamente dal Bardeleben nel 1889, con una gastroplastica seguita da successo. Questo caso, che è ricordato da Mayo Robson nel suo trattato sulle malattie dello stomaco, non si trova nella nostra statistica, non avendo potuto assicurarci nell'originale se si trattava di stomaco a clessidra consecutivo ad ulcera gastrica.

Nel 1892 il Krukenberg (1) eseguì pure una gastroplastica, previa escisione dell'ulcera che si trovava nelle parete anteriore; gastroplastica che è perfettamente analoga alla piloro-plastica secondo Heinecke-Mikulicz. Il Doyen, a sua volta, praticava pressochè contemporaneamente la stessa operazione.

Nell'anno successivo il Wölfler, in un caso di stomaco a clessidra cicatriziale nel quale il restringimento era situato press'a poco all'unione del terzo superiore col terzo medio, praticava la gastro-gastrostomia, cioè eseguiva nelle due sacche, da ciascun lato della stenosi, una incisione verticale lunga circa 7 cm. e fra le due aperture stabiliva un'anastomosi.

La prima gastro-enterostomia per stomaco a clessidra fu praticata nel 1895 dal Carle (vedi oss. 8). In questo caso la saccoccia superiore era di volume quasi triplo dell'inferiore: la divisione era costituita da una cicatrice molto spessa, alquanto irregolare, che partiva dalla piccola curvatura, proprio a contatto del piloro, discendeva nella faccia posteriore scostandosi man mano verso sinistra e risaliva sulla faccia anteriore, di cui appena un piccolissimo tratto in alto appariva sano. L'orificio di comunicazione fra le due saccoccie dava adito a 2-3 dita riunite. Esisteva inoltre una forte torsione della saccoccia inferiore in alto ed in avanti, per modo che il grande omento rimaneva anch'esso notevolmente spostato. Per la impossibilità di accertarsi se contemporaneamente il piloro partecipava al processo di retrazione (esso era tenuto fisso da aderenze), il Prof. Carle abbandonò l'idea di eseguire una plastica; tenuto però conto del fatto che nella saccoccia inferiore esisteva ristagno, e pensando di ovviare anche alla contemporanea eventuale stenosi pilorica, praticò nel punto più declive la gastro-enterostomia anteriore con bottone di Murphy.

L'ammalata, che era in condizioni generali assai gravi, superò l'atto operativo, e l'esito funzionale fu dappprincipio ottimo. Apparvero però, dopo breve tempo, vomito e diarrea

(1) Krukenberg, in Schmid-Monnard, Ueber Sanduhrmagen. *Münchener medicin. Wochenschrift* 1892, n. 19.

e la paziente moriva un mese e mezzo dopo, coi sintomi del coma dispeptico.

L'insuccesso non è però tanto da ascriversi all'operazione, quanto al fatto che le aderenze impedivano alla saccoccia inferiore di svuotarsi completamente, per quanto l'anello pilorico fosse largo due dita: il ristagno e le consecutive fermentazioni putride che in essa avvennero furono la causa della morte.

La gastro-enterostomia fu ripetuta nel 1897 dal Carle stesso con risultato funzionale ottimo e duraturo: ed in seguito fu praticata più volte e anzi adottata da taluni come metodo assoluto di scelta (Tricomi).

Accenneremo in seguito ad altre operazioni, come la resezione dell'ulcera, il semplice affondamento di questa ecc.

La nostra statistica comprende 102 interventi per stomaco biloculare cicatriziale, con 85 guarigioni e 17 morti (mortalità complessiva: 17,6 %).

Non è possibile confrontare la cifra della mortalità con quelle date da altri autori, perchè non esiste una statistica che riunisca esclusivamente i casi di stomaco a clessidra per ulcera.

Il Mattoli (1) raccoglie bensì 39 casi operati, con 35 guarigioni e 4 morti, cioè una mortalità del 10,26 %, ma anche in questa statistica manca ogni accenno alle cause dell'affezione. Nei casi da noi riuniti sono state praticate le seguenti operazioni:

La gastroplastica: casi	40	}	guariti	36 = 90 %
			morti	4 = 10 %
La gastroanastomosi: casi	12	}	guariti	10 = 83,4 %
			morti	2 = 16,6 %
La gastro-enterostomia: casi	33	}	guariti	26 = 78,79 %
			morti	7 = 21,21 %
Delle gastro-enterostomie furono eseguite:				
10 col bottone		}	guariti	9 = 90 %
			morti	1 = 10 %

(1) Mattoli, La gastro-enterostomia ecc. Roma 1903, pag. 224.

23 senza bottone	{	guariti 17 = 73,9 %
	{	morti 6 = 26,1 %

Inoltre furono eseguiti i seguenti interventi:

In 2 casi, gastroanastomosi associata alla gastro-enterostomia: guariti 1; morti 1.

In 2 casi, gastroanastomosi previa escisione della cicatrice: guariti.

In 6 casi, resezione della cicatrice, o resezione e gastroplastica: guariti 4; morti 2.

In un caso, gastrectomia anulare: guarito.

In caso, affondamento dell'ulcera: guarito.

In un caso, affondamento dell'ulcera associato alla gastroanastomosi: guarito.

In un caso, gastro-duodenostomia: morto.

In un caso, gastro-enterostomia associata all'enteroanastomosi: guarito.

In due casi, gastro-enterostomia associata alla enteroanastomosi ed alla gastroplastica: guariti.

A parte i casi, in cui furono associati i diversi processi di gastroanastomosi, gastroplastica e gastro-enterostomia, possiamo senza tema d'errare unire nel calcolo delle percentuali di mortalità:

1. Ai casi di gastroplastica quelli in cui fu fatta la resezione od entrambi questi atti operativi.

2. A quelli di gastro-enterostomia il caso in cui fu praticata anche l'enteroanastomosi. Risultano così queste cifre complessive:

46 gastroplastiche	{	guariti 40 = 85 %
	{	morti 6 = 15 %
34 gastro-enterostomie	{	guariti 27 = 79,95 %
	{	morti 7 = 20,5 %

(la mortalità nelle gastro-enterostomie è in realtà 15,6 %, due casi di morte non essendo da imputare al metodo, come vedremo).

Dobbiamo notare infine che altri interventi, determinati dalla speciosità del caso, sono stati ad esempio la *termocauterizzazione* dell'ulcera seguita da gastroplastica (Mikulicz)

e l'associare alla gastroplastica la digiunostomia (v. Eiselsberg) oppure, per concomitante stenosi del piloro, la piloroplastica (Robson, Garrè).

Vediamo ora le ragioni della scelta di ciascuno di questi atti operativi, ed i risultati ottenuti.

La **gastroplastica** è un processo, come dicemmo, perfettamente analogo alla piloroplastica. Essa esige alcune condizioni per poter essere eseguita. Anzitutto occorre che il piloro sia normale, affinchè, tolto l'ostacolo allo svuotamento dalla saccoccia superiore a quella pilorica, non ne rimanga un altro all'anello pilorico: inoltre lo strozzamento deve essere dato da un tessuto cicatriziale non molto esteso od infiltrato, affinchè le pareti una volta incise possano essere avvicinate con sufficiente facilità in senso perpendicolare alla incisione, e la sutura possa farsi su di una parte resistente che non si lasci tagliare dai fili; s'aggiunga che spesso le aderenze della cicatrice e dei suoi dintorni agli organi vicini sono tante, che l'operazione è resa impossibile. La coesistenza di una stenosi pilorica non è però una controindicazione assoluta alla gastroplastica, potendosi in tal caso eseguire contemporaneamente la piloroplastica, come hanno fatto M. Robson e Garrè.

Occorre dunque potersi sempre assicurare se esiste o no una stenosi cicatriziale del piloro, ed in caso positivo questa deve essere a sua volta riparabile.

Noi però, che abbiamo già veduto gli inconvenienti della piloroplastica, non sapremmo consigliare questo espediente che in casi eccezionali, come ad esempio se il piloro stenotizzato è sufficientemente libero da aderenze, così da non temere la recidiva della stenosi pilorica per causa del ripristinarsi delle aderenze stesse.

Ad onta di tutte queste restrizioni, la gastroplastica può essere l'operazione di scelta in casi nei quali la saccoccia cardiaca sia molto piccola e si voglia evitare così l'esclusione dalla funzione di una troppo estesa superficie stomacale (Catellani). Essa è del resto l'operazione che figura con maggior numero di casi nella nostra statistica ed è pure

quella cui spetta la minore percentuale di mortalità, se si considerano complessivamente le gastro-enterostomie: chè, altrimenti, alle gastro-enterostomie col bottone spetta il maggior numero di risultati favorevoli (90 %).

L'operazione può essere fatta a mezzo di semplici suture, oppure, come propose Mayo Robson, usando una bobina di osso decalcificato che avrebbe lo scopo di rendere l'apertura sufficientemente larga, mentre assicura l'unione dei due margini senza tensione.

Dobbiamo citare ora gli *insuccessi* avuti con questo metodo, prendendo in considerazione, oltre che la mortalità, anche gli esiti remoti: sotto questo punto di vista, fra 36 casi guariti della nostra statistica, 5 volte (13,8 %) si ebbe recidiva. Fra questi ultimi abbiamo contato un caso del Robson, nel quale dopo 1 anno e mezzo si dovette praticare una nuova operazione per dolori che s'accompagnavano ai movimenti, e che furono diagnosticati dovuti ad aderenze perigastriche: all'operazione si trovò realmente che fra la parete anteriore del ventricolo ed il peritoneo parietale esistevano aderenze in modo da produrre di nuovo, quando l'ammalata era in piedi, una deformità a clessidra, con difficoltà allo svuotamento della sacca mediale che era notevolmente dilatata. Separate le aderenze, si notava che attraverso il punto precedentemente sede della plastica le dita passavano senza difficoltà. Orbene, noi non crediamo si possa concludere con Mayo Robson che l'operazione aveva qui raggiunto lo scopo, poichè se fosse stata praticata in primo tempo, come fu poi fatto nella 2^a seduta, una gastro-enterostomia posteriore in corrispondenza della sacca cardiaca, quasi certamente non si sarebbe avuta a deplorare la recidiva, anche se si fossero formate le aderenze perigastriche. Quindi riteniamo giustificato considerare anche il caso in parola tra gli insuccessi della gastropastica.

Sopra un altro caso vogliamo ancora fermarci, quello cioè del Gilford, in cui la morte non avvenne immediatamente dopo l'operazione, ma dopo un mese per ematemesi ineliminabile; certamente l'atto operativo non era stato sufficiente a dare il necessario riposo all'ulcera tuttora in corso di evo-

luzione; però è difficile dire se maggior successo avrebbe ottenuto la gastro-enterostomia.

Ad ogni modo, sommando le recidive alle morti, abbiamo complessivamente che nel 22,5 % dei casi (9 su 40) il metodo ha fallito.

Gastroanastomosi. - La gastroanastomosi, o gastro-gastrostomia (Keen), consiste nello stabilire un'ampia e duratura comunicazione fra le due bozze stomacali. Oltre al già descritto metodo originale del Wölfler, è stato proposto per questa operazione un altro processo dal Watson (1895). Egli, in un caso in cui la stenosi era all'unione del terzo medio col terzo inferiore, rovesciò la porzione pilorica sulla cardiaca, servendo il restringimento intermedio di cerniera a questo movimento, quindi riunì le due parti dello stomaco l'una all'altra in questa posizione con una doppia serie di suture sieroso-muscolari circoscriventi una superficie ellittica, lunga tre pollici e mezzo e larga circa uno e mezzo; allora incise la porzione pilorica ribattuta, e attraverso l'apertura stabilì una comunicazione di circa tre pollici di lunghezza tra le due porzioni di stomaco addossate l'una all'altra. Infine, una sutura a sopraggitto sui bordi di questa incisione (allo scopo di impedirne la cicatrizzazione), e la chiusura della ferita praticata nella metà pilorica, completarono l'operazione.

Questo metodo è, come si vede, assai più complicato di quello del Wölfler ed inoltre richiede che lo stomaco sia perfettamente libero da aderenze: del resto, sebbene il malato del Watson sia guarito, nessun altro operatore mise in atto il processo.

Quanto all'*indicazione*, la gastroanastomosi non solo esige, come la gastroplastica, che il piloro sia normale, ma anche che le due sacche sieno così voluminose da potersi affrontare con sufficiente ampiezza e precisamente nella loro parte più declive, affinchè sia tolto il pericolo del ristagno. La gastroanastomosi può essere eseguita utilmente invece della gastroplastica anche quando l'istmo tra le due sacche è così lungo e circondato da così denso tessuto cicatriziale, che la plastica riuscirebbe impossibile. Che se contemporaneamente

il piloro è stenosato o si suppone che vi sia ancora in atto un'ulcera, la gastroanastomosi da sola è insufficiente, e si deve associarle la gastro-enterostomia, come nei casi del Kehr e del Moynihan. La gastroanastomosi stessa può essere praticata insieme alla escisione dell'ulcera, quando le condizioni si prestino (Zeidler).

Nella nostra statistica non si trovano molti casi di gastro-anastomosi e la mortalità ad essa dovuta non è molto alta in confronto agli altri interventi; però se calcoliamo le recidive, risulta che su 12 casi in cui fu praticata la pura gastroanastomosi, si hanno 2 morti e 2 recidive; e cioè in complesso 4 insuccessi = 33,3 % dei casi operati.

Gastro-enterostomia. - La gastro-enterostomia può essere applicata in quasi tutti i casi di stomaco a clessidra. Se coesiste una stenosi pilorica, se la sacca pilorica è troppo piccola od il restringimento è troppo esteso, e tanto più se queste due circostanze si associano; quando esistano, o si sospettino ulcere in atto, sia nel punto ristretto, sia nella regione pilorica; quando infine le pareti sieno estesamente aderenti od intorno alla stenosi si estenda una notevole infiltrazione, la gastro-enterostomia potrà essere efficace rimedio ed anche la sola operazione tecnicamente possibile. Essa ha il vantaggio di assicurare il necessario riposo alle ulcere che eventualmente coesistessero, mentre pone efficace riparo alle conseguenze della stenosi gastrica.

L'unica eccezione può essere costituita, come abbiamo già detto, dai casi in cui la sacca cardiaca è troppo piccola.

La gastro-enterostomia deve essere praticata fra lo stomaco cardiaco nella sua porzione più declive, ed il digiuno.

Però non dobbiamo dimenticare che, pur non esistendo una stenosi pilorica concomitante, può avvenire come nel 1° caso del Carle che per la disposizione delle adherenze o per la insufficiente motilità, la sacca pilorica sia impotente a svuotarsi e persista quindi in essa un ristagno pernicioso. Ad evitare questo fatto si potrebbe forse praticare in una sola seduta ciò che Weir e Foote hanno proposto, cioè la doppia gastro-enterostomia unendo entrambe le sacche al digiuno.

Questo doppio atto operativo ha dovuto eseguire anche il Tuffier in un caso nel quale era risultata insufficiente la prima gastro-enterostomia. Ma poichè la complicità in parola è eccezionale (noi non possiamo citare che codesti due casi del Carle e del Tuffier, mentre in tutte le altre osservazioni l'atto operativo fu perfettamente ed in modo duraturo corrispondente allo scopo), crediamo possa bastare pel chirurgo di essere prevenuto sulla eventualità di questa successiva complicazione. Evidentemente, se per un errore del chirurgo la gastro-enterostomia viene praticata sulla sacca pilorica, essa rimarrà senza effetto utilè, come avvenne nei due casi del Pollard e del Childe, nei quali si ebbe la morte al 5° giorno, la sacca cardiaca essendo sfuggita all'occhio del chirurgo che aveva creduto di aver a fare con una stenosi pilorica.

La gastro-enterostomia può essere praticata, anche nello stomaco a clessidra, con o senza bottone. Se dobbiamo attenerci ai risultati della nostra statistica, il 1° metodo sarebbe più ricco di risultati favorevoli che non il secondo (mortalità 10 %, di fronte a 19 %, se si escludono i due casi del Pollard e del Childe).

Recidive dopo la gastro-enterostomia non si sono osservate: soltanto in un caso del Robson dopo circa un anno si era avuta una ripresa dei dolori, però senza sintomi di ristagno.

Per giudicare quindi complessivamente dei risultati della gastro-enterostomia, noi crediamo di dovere eliminare i già citati casi del Pollard e del Childe in cui è imputabile, non il metodo, ma il chirurgo: viceversa, contando il 1° caso del Carle e quello or ora citato del Robson, si ottiene un numero complessivo di 7 insuccessi su 32 casi = 21,8 %. Il che dimostra che la gastro-enterostomia non solo è teoricamente l'intervento più indicato, ma in realtà è quello che ha al suo attivo il maggior numero di successi.

Metodi. - La gastro-enterostomia per stomaco a clessidra è stata eseguita, nella grande maggioranza dei casi, con uno dei processi posteriori e precisamente più che tutto con quello v. Hacker. Nei casi operati col bottone, 4 volte fu

eseguita la gastro-enterostomia anteriore, 6 la posteriore. Il bottone usato fu in un caso quello di Hildebrand; negli altri, quello del Murphy. Il Tricomi in tre casi, e così pure nel suo caso il Catellani, hanno usato il processo del Roux con 2 bottoni.

Secondo il Tricomi il processo di Roux, praticando l'anastomosi al punto più declive della sacca superiore, dovrebbe essere quello di elezione.

Fra i casi di gastro-enterostomia senza bottone, dobbiamo ricordare le osservazioni del Mikulicz e dello Schloffer, che praticarono l'anastomosi alla Wölfler fra stomaco e digiuno, e l'entero-anastomosi di Braun (nel caso del Mikulicz col bottone), previa gastroplastica. Il Mikulicz, dopo praticata la gastrotomia nella parete anteriore sul punto ristretto, avendo osservato che l'ulcera che era causa dello strozzamento prendeva profonde aderenze col pancreas, così che il piloro, per quanto pervio, era spinto molto indietro e fisso, riunì trasversalmente l'incisione longitudinale, come si fa nella gastroplastica, ed utilizzò l'angolo inferiore dell'incisione stessa per praticare in questo punto la gastro-digiunostomia antecolica, seguita da enteroanastomosi a 15 cm. dalla gastro-enterostomia. Come si vede, qui l'indicazione alla gastro-enterostomia era formale, a causa della condizione dell'anello pilorico.

Schloffer si trovava dinanzi ad una profonda divisione fra lo stomaco pilorico, più piccolo, e quello cardiale; esistevano inoltre numerosissime aderenze che da un lato avvolgevano il piloro, dall'altro la superficie posteriore delle due sacche. Era quindi impossibile la gastroanastomosi. Invece, colla gastroplastica l'operatore intese ovviare allo strozzamento gastrico, mentre con la gastro-enterostomia antecolica anteriore fra lo stomaco cardiale ed il digiuno, ed inoltre coll'entero-anastomosi, riparava alla stenosi pilorica.

Bramann usò nel primo dei suoi casi il metodo di gastro-enterostomia anteriore retrocolica che porta il suo nome (metodo Billroth-Brenner-Bramann) e del quale già dicemmo altrove. Infine il Mattoli praticò un suo processo di *gastro-enterostomia ad Y ad anastomosi laterale*, il quale, secondo l'autore, sarebbe destinato a rendere dei servigi spe-

cialmente nei casi in cui si è costretti a praticare la gastro-enterostomia antecolica; esso sarebbe preferibile a quello del Roux di cui realizzerebbe i vantaggi, eliminando gli inconvenienti, perchè evita la sezione trasversale del digiuno. Questo metodo consiste nel praticare la gastro-enterostomia nel modo solito, quindi l'esclusione dell'ultimo tratto dell'ansa afferente, per 12-15 cm., mediante invaginamento del bordo libero, con punti siero-muscolari: e da ultimo, l'anastomosi laterale fra ansa afferente ed efferente subito al di sotto del tratto escluso. Il Matto li praticava questo processo col metodo antecolico, perchè le aderenze valide ed estese impedivano di scoprire la faccia posteriore del ventricolo; inoltre, data l'altezza e la posizione a cui fu necessario portare l'ansa digiunale, una semplice gastro-enterostomia alla Wölfler avrebbe dato luogo, quasi certamente, ai più gravi fenomeni di circolo vizioso, essendo assai probabile la formazione dello sprone per la gomitura dell'ansa afferente in prossimità dello stomaco.

Questo processo sembra anche a noi molto razionale, e rispondente perfettamente allo scopo.

In un caso del Körte si dovette praticare l'entero-anastomosi 25 giorni dopo la gastro-enterostomia alla Wölfler, per causa del circolo vizioso, ed in seguito la paziente guarì perfettamente: qui siamo in presenza di uno dei soliti e non infrequenti inconvenienti propri soprattutto del metodo Wölfler, e che tante volte hanno reso necessario codesto atto operativo complementare.

Nel caso già descritto di *stomaco triloculare*, il Moynihan riparò alla lesione praticando una gastroanastomosi fra la 1^a e la 2^a sacca, la divulsione della stenosi fra la 2^a e la 3^a sacca, e la gastro-enterostomia posteriore alla v. Hacker fra la 2^a sacca e il digiuno.

Affondamento dell'ulcera. - Il Mitchell nel 1901 suggeriva teoricamente il semplice affondamento, come cura dell'ulcera gastrica: egli pensava che in questo modo tagliando fuori di ogni movimento peristaltico l'area sede dell'ulcera, dovesse avvenirne in breve tempo il riassorbimento completo.

Nei due casi di stomaco a clessidra riferiti nella nostra statistica, il Mitchell attuava questo concetto, aggiungendo però una volta la gastroanastomosi. Il risultato fu buono; ma l'esperienza è ancora troppo scarsa a questo proposito e d'altra parte troppe condizioni favorevoli occorrono per poter praticare codesto processo, perchè noi possiamo consigliarlo. Si consideri infatti che l'affondamento dell'area ulcerata potrebbe riuscire veramente curativo, solamente quando l'area stessa fosse ben visibile e delimitata, non circondata da zone infiammatorie, e non così estesa od in posizione tale che la soppressione di essa portasse a diminuzioni di calibro, con consecutivi fatti di stenosi.

Per tutte le ulcere quindi delle regioni pilorica e prepilorica, che sono le più frequenti, il metodo sarebbe da scartarsi a priori: s'aggiunga che non si può mai essere sicuri che l'ulcera visibile sia l'unica esistente, e che quindi si correrebbe il rischio di aver praticato un'intervento per lo meno inutile. Ci limitiamo quindi a ricordare quest'operazione, della cui opportunità fortemente dubitiamo.

Gastro-duodenostomia. - Questo processo non può essere usato a cura dello stomaco a clessidra: infatti esso non permetterebbe di eseguire l'anastomosi fra intestino e stomaco cardiale. Nel caso del Bier, la gastro-duodenostomia fu fatta perchè il chirurgo, con un errore simile a quello del Pollard e del Childe, scambiò la sacca pilorica per tutto il ventricolo, e riunì la sacca stessa al duodeno. L'autopsia fece riconoscere l'errore.

Resezione. Gastrectomia parziale. - La resezione della cicatrice stenosante, praticabile quando la cicatrice non è molto estesa, è stata usata in un caso da Zeller, con esito infausto per perforazione di un'altra ulcera.

Altri autori trovarono opportuno associare alla resezione la gastroplastica, per raggiungere gli scopi di questa col vantaggio di operare su tessuti perfettamente sani e dopo la completa ablazione della parte ammalata. A questo metodo ricorsero Krukenberg, Schulz, Bier e Krause, ma sulle

sue indicazioni non ci fermeremo, riferendoci a quanto dicemmo della gastroplastica.

In un caso del Bussola, nel quale l'operatore iniziò l'atto operativo col concetto di eseguire una gastroplastica, essendo questa riuscita impossibile per la resistenza e l'estensione delle aderenze che fissavano posteriormente il ventricolo, e d'altra parte non potendosi praticare nè la gastro-enterostomia, nè la gastroanastomosi, perchè il solco strozzante occupava la parte più alta del ventricolo in corrispondenza della regione cardiaca, venne eseguita la gastrectomia anulare, approfittando della già praticata incisione trasversale. Partendo dagli estremi di questa, il Bussola asportò il setto mediano anulare dello stomaco, ove aveva sede l'anello cicatriziale stenosante, rispettando di questo solo la piccola porzione aderente alla grande curvatura ed a quel piccolo tratto della parete posteriore che era aderente al pancreas: riunì quindi con due strati di sutura continua, in seta, i bordi delle due regioni dello stomaco così divise, ricostituendo un'unica cavità gastrica. Il successo operatorio e funzionale fu completo.

Scelta del metodo. - Riassumendo brevemente quali interventi sieno da preferirsi nello stomaco a clessidra cicatriziale, ricordiamo anzitutto che le percentuali di insuccessi che abbiamo stabilito a carico dei tre metodi principali: *gastroplastica*, *gastroanastomosi* e *gastro-enterostomia*, sono rispettivamente 22,5 - 33,3 - 21,8.

Alla *gastro-enterostomia* si deve ricorrere in tutti i casi in cui è possibile, e cioè quando la sacca cardiaca sia maggiore od uguale a quella pilorica; essa, come abbiamo visto, deve essere praticata nel punto più declive ed a preferenza con uno dei metodi posteriori. Dovendo ricorrere, forzati dalle aderenze, alla gastro-enterostomia anteriore, crediamo opportuno il procedimento del Mattoli. Crediamo invece perfettamente inutile associare la gastroplastica alla gastro-enterostomia, ciò costituendo solo una complicazione dell'atto operativo senza risultato pratico.

La gastro-enterostomia deve ritenersi l'operazione di scelta,

anche pel concetto che con essa si può fino ad un certo punto riparare al progresso di ulcere eventualmente in corso; deve ritenersi poi assolutamente indicata, quando coesiste una stenosi pilorica. In questo caso, però, lo stomaco pilorico può essere molto dilatato, così da doversi temere un insufficiente svuotamento di esso attraverso il piloro ristretto; ed allora potrà essere opportuno eseguire una doppia gastro-enterostomia, od anche associare la piloroplastica alla gastro-enterostomia fra sacca cardiaca e digiuno.

I processi di *plastica* e di *gastroanastomosi* non hanno la loro indicazione che allorquando la sacca cardiaca è troppo piccola, il piloro essendo normale ed il restringimento gastrico poco esteso. In tutti i casi si dovranno asportare le aderenze che eventualmente contribuissero ad aggravare lo strozzamento del ventricolo; e soprattutto nei casi di aderenze della cicatrice alla parete addominale anteriore, potrà essere opportuno resecare la porzione cicatriziale aderente, e praticare poi una plastica od anche la gastro-enterostomia.

8. DI ALCUNE PIÙ IMPORTANTI COMPLICAZIONI DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA PER ULCERA IN ATTO E PER STENOSI DA ULCERA.

1. *Circolo vizioso*. - Abbiamo più volte osservato nel corso della nostra trattazione che dopo la gastro-enterostomia si può notare riflusso abbondante di bile nel ventricolo, con vomito incoercibile e talvolta morte degli operati.

Comprendendo nel calcolo tutte le gastro-enterostomie che sono registrate nella nostra statistica, sul numero complessivo di 85 morti su 701 casi se ne trovano 7 causate da questa complicazione; cioè circa l'1 % degli operati soccomberebbe al circolo vizioso, e questo fra le cause di morte figura nella proporzione dell'8,2 %.

In altri casi, invece, il circolo vizioso costituisce una complicazione meno grave, che può essere vinta con un trattamento medico o chirurgico e non è sufficiente a dare la morte. Più precisamente, lo abbiamo riscontrato 13 volte

come complicanza post-operativa, esclusi i casi di morte per la stessa ragione.

Il circolo vizioso si sarebbe dunque complessivamente osservato in 20 casi (2,8 %) su 701 gastro-enterostomie.

Questo non indica però che il reflusso sia avvenuto dopo la gastro-enterostomia un numero così limitato di volte. Come vedremo a proposito degli esiti funzionali di questa operazione, bile refluisce nel ventricolo con grande frequenza dopo l'operazione alla Wölfler, come anche dopo quella secondo v. Hacker.

Ma questo fatto non può aver nome di circolo vizioso, poichè, se rimane sufficientemente pervia la via efferente, la bile che rifluisce nel ventricolo dalla bocca afferente ritrova la via d'uscita, senza che nè lo stomaco, nè l'intestino si risentano in qualche modo di questo fatto. Tant'è vero che frequentemente si riscontra, e noi stessi l'abbiamo osservato più volte, che lo stomaco di individui operati di gastro-enterostomia contiene quantità variabili e alle volte discrete di bile, a digiuno o dopo pasti di prova, e pur tuttavia l'ammalato non soffre alcun dolore e mangia con ottimo appetito.

Il reflusso può avvenire per diverse vie, a seconda che la bile ed il succo pancreatico vanno nel ventricolo attraverso il piloro, oppure dall'ansa afferente attraverso la bocca d'anastomosi o, in casi molto rari, dall'efferente.

Infine, conseguenza necessaria di quest'ultima condizione, può versarsi il contenuto dello stomaco nell'ansa afferente.

Come abbiamo visto, la *formazione dello sprone* è la più frequente causa di circolo vizioso e per ovviare ad essa sono stati immaginati molti metodi operativi. Si tratta dei casi in cui l'ansa efferente, invece di mantenersi distesa in modo che esista libero il passaggio da quella afferente per la curva molto ampia che deve osservarsi in corrispondenza dell'anastomosi, si piega ad angolo acuto addossandosi all'ansa afferente come canne di fucile: la parete posteriore dell'intestino forma appunto quello sprone che funziona da valvola, in un senso o nell'altro di quelli indicati.

Un'altra causa di circolo vizioso, che fu riscontrata in

un operato del Mikulicz, è data dallo *stiramento dell'ansa anastomizzata per gomitura della plica duodeno-digiunale*.

Parlando dei metodi operativi, abbiamo visto che il Doyen cercava col suo metodo di gastro-enterostomia anteriore di ostacolare il rigurgito di bile nel ventricolo mediante la formazione di una specie di valvola e l'affondamento del grande omento nella retrocavità. Egli aveva invero notato, come causa di riflusso, la *compressione del colon trasverso sull'ansa efferente*.

Altri hanno osservato (v. anche a pag. 139) che quando nel metodo v. Hacker non si fissino i bordi della breccia mesocolica sul ventricolo in immediata vicinanza dell'anastomosi, può avvenire la compressione o la gomitura dell'ansa efferente. Di tali casi, ad es., riferiscono il Mattoli e lo Czerny. Noi però non abbiamo mai potuto osservare questa complicazione, poichè, nell'unico caso in cui il prof. Carle dovette intervenire una seconda volta dopo gastro-enterostomia alla v. Hacker, la causa dei disturbi risiedeva nella eccessiva lunghezza dell'ansa afferente.

Possono inoltre essere causa di strozzamenti o di fissazione viziosa dell'ansa efferente *briglie cicatriziali ed omentali* (Ceccherelli, Mikulicz), e così pure la *torsione dell'ansa*, come avvenne in due operati del Mikulicz.

Anche l'*innesto antiperistaltico dell'ansa intestinale sul ventricolo* può essere causa di circolo vizioso. Noi ricordiamo però un caso del Novaro (1888) nel quale si potè constatare un innesto cosiffatto all'autopsia di un individuo che, un anno e mezzo dopo gastro-enterostomia alla Wölfler per stenosi pilorica, era morto con sintomi gastro-intestinali (diarrea ecc.) essendo da breve tempo recidivata la stenosi; e circolo vizioso non era esistito.

Il Mattoli ha notato sperimentalmente un'altra causa di circolo vizioso, consistente nel fatto che, a stomaco molto disteso, le labbra della fistola gastro-intestinale tendono a divaricarsi e la *mucosa della porzione mesenteriale dell'ansa* su cui è caduta l'anastomosi *si applica a guisa di valvola sul neopiloro*, impedendone il funzionamento.

Noi crediamo col Mattoli che possa avvenire questa oc-

elusione del neopiloro con conseguente ristagno, specialmente poco dopo praticato l'intervento, e che questo fatto spieghi il beneficio che spesso il malato ritrae dallo svuotamento del ventricolo disteso da notevole quantità di liquido bilioso.

Il Mattoli ne trae la conseguenza che non si deve addossare troppo largamente allo stomaco la parete intestinale, ma solo il puro necessario, e che inoltre sia assolutamente indicato svuotare subito il ventricolo degli operati non appena si manifestino sintomi di ristagno. E questa una pratica che fino dalle prime gastro-enterostomie si è sempre usata, in casi di questo genere, nella Clinica del Prof. Carle, riscontrandosi un assoluto vantaggio dallo svuotamento del ventricolo e, quando occorra, dalla lavatura gastrica.

Potremmo citare a questo proposito un certo numero dei casi riportati alla fine del lavoro, rileggendo le cui storie si trova appunto che per il ristagno, o per il rigurgito o il vomito di bile, fu necessaria l'applicazione di questo semplice e sicuro mezzo terapeutico.

Vi sono casi, secondo noi, nei quali si può parlare veramente di *dilatazione acuta del ventricolo*; per cui il paziente, con lo stomaco notevolmente disteso da liquido, cade improvvisamente in collasso con facies caratteristica, polso piccolo, sudore freddo, spesso senza vomito, altre volte con semplice rigurgito, e sembra in immediato pericolo di vita: ma poi, sotto l'influenza dello svuotamento del ventricolo e di iniezioni eccitanti, prontamente ogni sintomo allarmante sparisce ed il malato si ristabilisce. Abbiamo di questo avuto un esempio recente in due malati della clinica operati di gastro-enterostomia per carcinoma del ventricolo, i quali, frustrando la sorveglianza, avevano ingerito discreta quantità di liquido. Il Prof. Carle suggerì lo svuotamento del ventricolo, che fu praticato con felice esito, svelandosi così la causa vera dell'improvvisa complicazione. In un altro caso invece, che riguarda un uomo di 27 anni operato per stenosi pilorica benigna da causa estrinseca (cisti da echinococco del fegato), la morte avvenne quasi improvvisamente al sesto giorno, mentre il decorso era stato fino allora regolarissimo, essendo scoppiata improvvisamente la sindrome durante la notte

senza che si potessero portare i necessari soccorsi. Il mattino successivo si vide il malato morente, e l'autopsia dimostrò poi all'evidenza la ragione della morte. Questi fatti dimostrano che anche col bottone di Murphy (poichè in questo ultimo caso il bottone era ancora in sito, e negli altri due doveva esserlo ancora a maggior ragione, trattandosi della quinta giornata del decorso) può non essere evitato questo pericolo. La causa sta probabilmente nel fatto che specialmente negli individui magri, cachettici, con intestino atrofico, la dilatazione del ventricolo, come nell'osservazione sperimentale del Mattoli, provocherebbe anche lo stiramento dell'ansa intestinale: e così la mucosa della porzione mesenteriale di questa si applica a guisa di valvola sul lume del bottone, come si applicherebbe sul neopiloro in casi di anastomosi con sutura.

Ritornando alle forme meno gravi di circolo vizioso che non costituiscono un pericolo per la vita dell'operato, dobbiamo ora affrontare un quesito importante, se cioè è, o no, un grave inconveniente il riflusso della bile e del succo pancreatico nel ventricolo. Se dobbiamo guardare ai risultati del Carle, che ampiamente sono stati riferiti nei precedenti lavori del Carle stesso e si possono in parte rilevare dalle nostre storie, non ci si deve preoccupare molto del riflusso, quando si sia certi che la via di scarico non è impedita. Di questa opinione sono ormai anche gli altri chirurghi più sperimentati nella chirurgia del ventricolo.

Se poi guardiamo al lato sperimentale della questione, troviamo tali contraddizioni, da doversi ritenere più importante il risultato delle esperienze cliniche, secondo le quali il riflusso della bile e del succo pancreatico non possono cagionare gravi disturbi che allorquando il deflusso nell'ansa efferente sia impedito od ostacolato. Infatti, mentre l'Oddi aveva provato che la bile non toglie ai succhi gastrici il loro potere digerente, il Chlumsky (1) credeva dimostrare che la bile ed il succo pancreatico sono veramente funesti al ventricolo, e più precisamente incolpava degli accidenti il

(1) Chlumsky, *Beiträge zur klin. Chirurgie* Bd. XX.

succo pancreatico: e lo Steudel (1), ripetendo le esperienze del Chlumsky, poteva invece conservare in vita uno dei suoi animali. Probabilmente questa esperienza è più prossima alla verità, poichè, al contrario dello stesso Chlumsky, il quale cercava con altre esperienze di dimostrare che la causa di questi disturbi sta essenzialmente nella *continuità* del reflusso del succo pancreatico, il Mattoli provava con esperienze e casi clinici che il reflusso continuo della bile e del succo pancreatico sono perfettamente compatibili con la vita e che i sintomi gravi dipendono precisamente dalla funzionalità mancante o insufficiente dell'ansa efferente.

Noi dovremmo dunque assegnare una grande importanza ai metodi operativi che tendono ad evitare il circolo vizioso e dei quali già abbiamo parlato, se il numero assolutamente scarso dei pazienti che soccombono a questa complicazione e la grande probabilità di evitare il pericolo stesso col metodo posteriore del v. Hacker, certamente il più semplice e più sicuro fra tutti, tanto più se eseguito con le cautele che accenneremo ancora, non ci consigliassero qualche riserva sulla opportunità dei metodi a doppia anastomosi. Poichè è indubitato che dovendosi spesso operare su pazienti mal ridotti da lunghe sofferenze, è di massima importanza il prolungare l'operazione il meno possibile. Tuttavia, se le condizioni del malato lo permettono, il metodo Roux è degno di essere sperimentato.

2. *Diarrea fetida*. - In alcuni nostri casi, come già in altri precedentemente pubblicati da Carle e Fantino, si sono notate delle diarree postoperatorie, le quali, congiunte al vomito in pazienti cachettici con persistente ristagno nel ventricolo, possono condurre a morte coi sintomi del coma dispeptico. Questi casi sono forse più frequenti dopo interventi per carcinoma che per stenosi od altre affezioni benigne, ma noi li vogliamo segnalare per ricordare che in tali circostanze sono molto opportune le lavature gastriche, gli eccitanti, ed il cercare di migliorare con mezzi energici lo stato

(1) Steudel, *Beiträge zur klin. Chirurgie* Bd. XXIII.

di nutrizione dell'ammalato, per evitare un reale e immediato pericolo di vita.

3. *Ulcera peptica del digiuno.* - In alcuni casi si sono osservate, dopo la gastro-enterostomia, delle ulcere peptiche del digiuno in tutta vicinanza della gastro-enterostomia. Oltre ai casi riportati nella nostra statistica, altri si conoscono che furono riferiti, come già dicemmo, in Congressi (XXVIII^o-XXIX^o-XXXI^o congressi tedeschi di Chirurgia); e quivi si è accesa la discussione per decidere se la formazione di queste ulcere debba connettersi con la gastro-enterostomia, oppure se si debba considerare un'affezione distinta paragonabile all'ulcera del ventricolo. Per quanto nei casi riferiti si sia sempre trattato di individui i quali avevano sofferto o soffrivano di ulcera gastrica, e quindi possano apparentemente trovar ragione le argomentazioni di chi vuol vedere in questa complicanza un'affezione sui generis, e soprattutto trofica, noi pensiamo che l'accidente si possa mettere invece in rapporto di causa ad effetto con la gastro-enterostomia, nel senso che il contatto prolungato del succo gastrico acido con una parte della mucosa intestinale, può avere a lungo andare una influenza causale nella formazione dell'ulcera peptica del digiuno. E ciò perchè non ci risulta che nel digiuno questa ulcera si sia riscontrata in altre circostanze, e la gastro-enterostomia precedente deve avere quindi un'importanza sulla sua produzione.

Secondo il Brodnitz (1), che raccolse dalla letteratura 14 casi di ulcera peptica, questa si è finora riscontrata solo dopo gastro-enterostomia per affezione benigna, tanto in casi di iperacidità, come di acidità normale e subnormale, e così nella gastro-enterostomia anteriore, come nella posteriore: ma l'anteriore dà maggior sicurezza riguardo alla peritonite da perforazione. Clinicamente, l'ulcera peptica decorre ora senza sintomi, ora con dolori: infine, nella metà dei casi guariti è stata trovata

(1) Brodnitz, Das Ulcus pepticum nach Gastroenterostomie. *Zentralblatt für Chirurgie* 1903, Beilage.

una recidiva dell'ulcera, cosicchè si deve pensare ad una predisposizione individuale la cui causa è finora ignota.

4. *Eviscerazione spontanea.* - Su quest'accidente post-operatorio che può complicare qualsiasi intervento addominale, non richiameremmo l'attenzione, se non dovessimo ricordare un'osservazione della nostra casistica (78^a) nella quale esso avvenne, fortunatamente senza conseguenza. Non crediamo che sulla produzione di questa complicanza possa avere influenza il metodo di chiusura delle pareti addominali. Infatti, mentre gli uni danno colpa al catgut od alla troppo precoce levata dei punti od all'aver praticata una sutura *continua* profonda, in realtà l'accidente si verificò in casi nei quali da tutte queste critiche ci si era salvaguardati.

Prendiamo da questo occasione per dire brevemente del metodo ora usato dal prof. Carlè nell'eseguire l'incisione e quindi la sutura della ferita laparotomica.

Egli pratica l'incisione sulla linea mediana della cute e sottocutaneo, incide la guaina del retto addominale in immediata vicinanza della linea alba e, allontanato per via ottusa rapidamente il margine mediale del muscolo stesso, scolla alquanto gli strati aponeurotico profondo e peritoneale verso la linea mediana, in corrispondenza della quale pratica l'apertura. Così le linee di incisione dei tre strati: cutaneo, aponeurotico superficiale e peritoneale, non si trovano sullo stesso piano e la linea di sutura, al momento della riunione delle pareti, riesce pure su due piani diversi, lo strato medio, muscolo-aponeurotico, rimanendo all'esterno degli altri due. Con questo mancato combaciamento delle tre linee cicatriziali ci si premunisce sicuramente contro il pericolo dello sventramento. La riunione dei tre strati viene eseguita con sutura continua in catgut (talora in seta) per il peritoneo e per lo strato muscolo-aponeurotico, con seta a punti staccati per la cute. Quando si creda opportuno per la flaccidezza delle pareti addominali o per lo sviluppo notevole della massa intestinale, prima di eseguire la sutura si passano due o tre anse di seta dall'interno all'esterno a tutto spessore nella parete addominale, e si allacciano poi a sutura compiuta.

9. ESITI FUNZIONALI DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA.

Dobbiamo ora studiare il chimismo e la motilità dello stomaco, nei pazienti operati di gastro-enterostomia per stenosi benigna.

Il primo che esegui tali ricerche fu il Dunin (1), il quale in tre casi studiò il comportamento delle funzioni gastriche, da 2 a 4 mesi dopo l'operazione. A parte il fatto della scomparsa totale dei sintomi morbosi subbiettivi e dell'aumento del peso del corpo, egli notò che lo stomaco dilatato era tornato a quasi normali dimensioni, e che la funzione motoria era migliorata, per quanto non tornata completamente alla norma in nessun caso. Quanto alla funzione chimica, constatò diminuzione dell'acidità, con permanenza della gastrosuccorrea durante tutto il tempo dell'osservazione; scomparsero le fermentazioni anormali, non acido lattico, in nessun caso abbondante quantità di bile nel contenuto gastrico.

Distendendo lo stomaco con gas, questi non passavano nell'intestino, cosicchè si poteva ritenere che la comunicazione artificiale aveva assunto la funzione del piloro.

In quattro casi del Rosenheim (2), tre volte si riscontrò solo un miglioramento, mentre nel caso 4º, dopo 4 mesi, si aveva una completa reintegrazione della funzione chimica e motoria, con scomparsa della gastrosuccorrea.

Mintz (3) in un caso, dopo 9 mesi, trovò il limite inferiore del ventricolo a tre dita trasverse sopra l'ombelico, mentre prima dell'operazione giungeva tre dita sotto; ed a stomaco digiuno trovò pochissimo contenuto, a reazione alcalina, senza residui alimentari.

In un altro caso, dopo 3 mesi la funzione non era ancora normale e dopo 11 si trovava un'iperacidità leggiera.

(1) Dunin, Ueber die Erfolge der Gastro-enterostomie bei der narbigen Pylorus-stenose. *Gazeta lekarska* 1893.

(2) Rosenheim, *Wiener klinische Wochenschrift* 1895, Nr. 20, p. 365.

(3) Mintz, *Wiener klinische Wochenschrift* 1895, Nr. 16-18-20.

Le ricerche successive furono molto più complete: prima di tutte vennero quelle compiute dal Fantino sugli operati del prof. Carle, riguardo alle modificazioni dell'attività motoria, della capacità del ventricolo e della secrezione cloridrica, e alla continenza del neopiloro.

Non tutti questi ammalati di stenosi benigna avevano un'ulcera; è tuttavia interessante il risultato di queste ricerche anche pel nostro argomento, tanto più che alcuni casi le cui storie figurano alla fine di questo lavoro, appartengono ad individui che furono oggetto dello studio del Fantino.

In seguito, altre ricerche compirono il Kausch su operati del Mikulicz, il Deganello su operati del Tricomi, Rencki su malati del Rydygier, Gherardi in casi del Ceccherelli, Soupault in casi del Hartmann, ed infine il Mattoli.

1. *Attività motoria del ventricolo.* - Il Fantino, su 14 operati di gastro-enterostomia per stenosi benigna, in 12 (fra i quali sono i nostri casi 7-9-10-11-12-13) trovò che lo svuotamento era completo ed avveniva nel tempo fisiologico fino dai primi giorni dell'esame. Talvolta questo ritorno alla norma della funzione motoria, invece di essere immediato, avveniva in modo lento e progressivo. Nel nostro caso 4, ad esempio, l'ammalato ebbe senso di peso e ripugnanza al cibo, quando si cominciò col vitto abituale, non solo, ma durante i primi mesi ebbe anche, ad intervalli, dolori e vomiti (non più caffèani); poi questi fenomeni cessarono e lo svuotamento fu completo.

Il Fantino osservò, non un ritardo come affermò il Mintz, ma anzi un acceleramento nello svuotamento del ventricolo; infatti 3-5 ore dopo i pasti, difficilmente accadeva di trovare residui in discreta quantità.

Contemporaneamente il ventricolo si trovava ridotto di capacità e solo in un caso (osservazione 6^a della nostra casistica) si mantenne sempre un forte grado di dilatazione, essendo incompleto lo svuotamento, forse per posizione viziosa dell'anastomosi (gastro-duodenostomia).

Il Kausch in 10 casi di gastro-enterostomia in cui, prima dell'operazione, la motilità era 9 volte gravemente, e una

volta solo leggermente disturbata, riscontrò dopo l'atto operativo tre volte svuotamento accelerato, tre volte svuotamento normale; infine, in due casi leggera e in due altri grave insufficienza motoria. Il ritorno della motilità alla norma avveniva talora lentamente; ed in certi casi il ventricolo ritornava alle dimensioni normali dopo un periodo iniziale di stasi e vomiti.

Il Deganello (1) in alcune operate del Tricomi col metodo Roux, trovava che la funzione motrice era più o meno deficiente, certo non mai più energica di quello che sia in condizioni normali.

Anche Hartmann e Soupault (2) trovarono che la funzione motrice del ventricolo dopo gastro-enterostomia si compie a seconda dei casi più o meno bene, ma sempre in modo insufficiente, tantochè anche un anno dopo l'operazione non sarebbe mai tornata al normale. La causa, essi dicono, sta nella atonia della muscolatura gastrica o in aderenze perigastriche che impediscono una sufficiente contrazione e fanno sì che il ventricolo si debba vuotare per rigurgito, rimanendo sempre un basso fondo dove si fa il ristagno.

Il Rencki, che in tutti i casi, ad eccezione di uno, aveva riscontrato prima dell'operazione notevole ristagno a digiuno, dopo l'intervento potè constatare un rapido miglioramento; già due settimane dopo, lo stomaco a digiuno si trovava completamente libero da residui alimentari (gastro-enterostomia alla v. Hacker), e in altri casi, dopo tre o quattro settimane, a digiuno si trovava completa assenza o leggiera quantità di contenuto gastrico. Dopo maggior tempo dall'operazione, non solo persisteva questo notevole miglioramento, ma si notava un acceleramento della funzione meccanica del ventricolo. È da notare che dopo parecchi mesi si poterono ancora constatare queste condizioni, ad eccezione

(1) Deganello, Il ricambio materiale dell'azoto e la digestione gastrica nelle persone operate di gastro-enterostomia. *Riforma medica* 1899, n. 216-218.

(2) Hartmann et Soupault, Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie. *Revue de chirurgie* 1899.

di due casi di ulcera con stenosi e gastrectasia (in un caso la sede dell'ulcera era il duodeno), nei quali, dopo più mesi si constatò di nuovo un indebolimento della funzione motoria; e di un altro in cui, dopo quattro settimane, il ristagno era alquanto più notevole che prima dell'operazione. Probabilmente la causa di questo reperto sta nella breve durata dell'osservazione, perchè in seguito questo ammalato si sentì molto migliorato.

Anche il Rencki tende a spiegare questi insuccessi con le condizioni di insufficienza della muscolatura del ventricolo in causa della notevolissima dilatazione che durava da molto tempo, oppure con l'esistenza di diffuse aderenze della parete anteriore del ventricolo, e infine ammettendo un restringimento del neopiloro.

Il Mattoli fa osservare, con ragione, che nella valutazione delle modificazioni nell'attività motoria si devono tenere in gran conto il metodo operativo prescelto e l'ampiezza del neopiloro. Egli in due pazienti operate col metodo Wölfler trovava ritardato lo svuotamento ancora 90 giorni dopo l'atto operativo, normale dopo sei mesi: invece, in tre operati col metodo v. Hacker lo svuotamento era normale al 50°-60° giorno. Gli operati erano diventati addirittura voraci e mangiavano qualunque cibo in quantità considerevoli senza risentire il minimo disturbo. Quindi il ristagno può rimanere in causa di deficiente contrattilità della muscolatura, ma probabilmente scompare ogni qualvolta l'apertura venga fatta *nel punto più declive del ventricolo*.

Intervenendo poi a poco a poco l'aumento della tonicità muscolare, diminuisce progressivamente il tempo necessario pel completo svuotamento del ventricolo. Questo è tanto vero, che, come ha dimostrato il Fantino, nella gastro-enterostomia per cancro la tonaca muscolare già infiltrata per il tumore, e perciò assai meno contrattile, è insufficiente a respingere il cibo malgrado la nuova apertura.

Petersen e Machol (1), in operati dello Czerny, studiati

(1) Petersen und Machol. Beiträge zur Pathologie und Therapie der gutartigen Magenkrankheiten. *Beiträge zur klin. Chirurgie* Bd. XXXIII.

sotto questo punto di vista, constatarono dopo l'intervento quattro volte lo svuotamento molto prolungato, tre volte prolungato solo leggermente, 30 volte normale e cinque affrettato.

In 15 dei nostri casi in cui lo stomaco fu esaminato dal punto di vista dell'attività motoria dopo l'operazione (esclusi i casi già studiati dal Fantino), si è trovato che lo svuotamento in 3 casi non avveniva completamente nei primi giorni dopo l'operazione, oppure anche un mese dopo di questa (osservazioni 43-51-60); negli altri casi, cioè nella proporzione dell'80 %, lo svuotamento avveniva sin da principio non solo completo in tempo normale, ma anche più rapidamente; a digiuno, negli esami fatti, lo stomaco era sempre vuoto. Quando l'attività motoria era insufficiente, si praticavano lavature con risultato abbastanza favorevole.

Abbiamo detto che lo svuotamento può avvenire più rapidamente che nei normali. A questo proposito abbiamo da ricordare un caso (73) nel quale l'ammalata dopo l'operazione avvertì per un certo tempo un eccezionale appetito, tanto che era costretta a fare sei pasti al giorno. Si potrebbe credere che un eccesso di attività motoria sia atto più a danneggiare che a favorire lo stato generale del paziente; ma l'ammalata in parola aumentava di 18 Kg. in 3-4 mesi!

Abbiamo potuto controllare inoltre l'efficacia dell'apertura ampia sullo svuotamento del ventricolo: nello stesso caso 73 era stato necessario un 2° intervento dopo una gastro-enterostomia alla Roux perchè, a causa di un prolasso a guisa di valvola della mucosa gastrica, l'apertura del neopiloro era ristretta eccessivamente, e nello stomaco era notevole fin dai primi giorni il ristagno. Allargata l'anastomosi, lo svuotamento si fece subito completo, coi risultati ora accennati.

In complesso, *i risultati ottenuti dal Prof. Carle praticando la gastro-enterostomia alla v. Hacker con bottone nel punto più declive della parete posteriore, si possono dire, sotto questo punto di vista, veramente ottimi.*

2. *Capacità del ventricolo.* - Di pari passo con l'aumento dell'attività motoria, procede la diminuzione della capacità

del ventricolo, il quale si riduce per lo più rapidamente di volume.

Già il Fantino poté fare questa constatazione e noi avemmo campo di controllarne successivamente l'esattezza, anche in rapporto alla rapidità con cui la riduzione avviene; gli stessi fatti osservò il Gherardi. Secondo Hartmann, la retrazione è tanto più rapida e notevole quanto più rapido fu il prodursi del restringimento pilorico. Le stesse cause poi che possono intervenire difficoltando la reintegrazione della insufficienza motoria (ristrettezza del neopiloro, atonia muscolare, aderenze perigastriche, apertura in punto non abbastanza declive), possono, per quanto in casi eccezionali, egualmente impedire il ritorno alla norma della capacità del ventricolo.

3. *Funzionalità del neopiloro.* - Abbiamo già detto che Dunin e Rosenheim hanno osservato che lo stomaco si mantiene continente dopo la gastro-enterostomia. Il Fantino, esaminando se e con quale rapidità dilatando lo stomaco con acido carbonico questo passasse nell'intestino, ed esaminando lo svuotamento dello stomaco metodicamente a digiuno ed in ore successive dopo il pasto, concluse a sua volta che il nuovo piloro è continente e che esso lo diventa tanto più quanto più ci allontaniamo dall'epoca dell'operazione.

L'ipotesi che attorno al nuovo orifizio si vada formando uno sfintere capace di restituire all'organo la sua normale funzione, non era tuttavia confermata da ricerche successive istologiche (Siegel, Soupault, Gherardi ecc.), secondo le quali non esisterebbe alcuna ipertrofia muscolare attorno all'orifizio.

Il Gherardi, ad es., che ha eseguito ricerche sperimentali sui cani, afferma che attorno alla nuova bocca il microscopio non ha dimostrato la formazione di un vero e proprio sfintere (1).

(1) Gherardi, Considerazioni ecc., e studi sui risultati prossimi e remoti della gastro-enterostomia e della piloroplastica. *La Clinica chirurgica* 1900.

Comunque sia però, la continenza del ventricolo è un fatto indiscutibile, che anche Reneki, Kausch (il quale ammette pure uno sfintere ben funzionante), Gherardi e Mattoli hanno potuto confermare.

Questa constatazione rende quindi palpitante la questione se e quanto agisca in realtà la gastro-enterostomia nel lasciare in riposo il ventricolo.

Noi crediamo, in base specialmente all'osservazione prolungata e lontana che abbiamo potuto fare su taluno dei pazienti del prof. Carle, che la gastro-enterostomia abbia soprattutto una grandissima importanza per gli effetti immediati: essa cioè fa sì che, non solo il piloro, ma tutto il ventricolo possa mantenersi in uno stato di vero riposo. In progresso di tempo, quando per l'intervento della contrazione delle fibre muscolari longitudinali del ventricolo (secondo Kocher per opera della muscolare intestinale) il neopiloro si fa sempre più continente e lo stomaco si svuota a periodi come normalmente, non si può certo dire che il ventricolo sia in riposo. Il Mattoli fa osservare che l'organo lasciato in riposo, fino ad un certo punto, è il piloro, il quale è completamente escluso dalla funzione. Invero, se il piloro non è sede di processi cicatriziali, ma bensì di lesioni ulteriormente modificabili o suscettibili di guarigione, a poco a poco dopo la gastro-enterostomia può essere in grado di riprendere in totalità od in parte la sua funzione. Così il Ferrari (1), avendo praticata l'autopsia di due individui operati rispettivamente 3 anni e 4 mesi prima per peripilorite probabilmente da pilorite ulcerosa e per peripilorite tubercolare, constatava che in uno la fistola gastro-intestinale era ridotta ad un foro di 3 mm., che erano scomparse le tumefazioni e le aderenze, che il ventricolo dilatatissimo era tornato alla norma ed il piloro era permeabile alla prima falange dell'indice; nell'altro, era pure scomparso un ingrossamento del piloro, che era tornato pervio, mentre il lume dell'anastomosi intestinale era ridotto da 3 centimetri a 4 mm. La gastro-ente-

(1) Ferrari, Contributo allo studio della patologia del ventricolo e della gastro-enterostomia. *Clinica chirurgica* 1902, n. 10.

rostomia aveva dunque avuto un effetto veramente curativo sul processo sviluppatosi nel piloro.

4. *Chimismo gastrico.* - Negli ammalati del Carle esaminati dal Fantino, gli esami chimici del succo gastrico avevano dimostrato che dopo la gastro-enterostomia la ipercloridria cessa col cessar del ristagno.

Al Deganello apparve normale il contenuto gastrico sotto l'aspetto chimico, ed il Kausch (1) confermava che l'iperacidità scompare e spesso l'acido cloridrico libero cade sotto la norma. Il Rencki (2) concludeva che l'allontanamento del ristagno esercita un'influenza favorevole sull'abbassamento dell'eccessiva secrezione d'acido cloridrico e in genere di succo gastrico, tanto che la iperacidità e la succorrea generalmente cessano del tutto dopo gastro-enterostomia ed anzi, talora, interviene un catarro mucoso od una atrofia della mucosa stessa. L'insufficienza della secrezione cloridrica e le successive alterazioni della mucosa gastrica dopo gastro-enterostomia possono in alcuni casi, secondo il Rencki, essere segno d'una neoformazione che si sviluppa sul fondo dell'ulcera rotonda. Secondo il Gherardi, la secrezione cloridrica torna pressochè normale.

Non ostante però l'allontanamento dell'ostacolo alla funzione meccanica del ventricolo, possono rimanere inalterate, dopo l'operazione, tanto la succorrea come l'ipercloridria.

Che questo possa riscontrarsi abbiamo verificato anche noi nel caso 45, in cui dopo 5 settimane trovavasi evidentissima reazione di Günzburg; in altra osservazione (78), dopo 15 giorni lo scarso liquido estratto dopo pasto di Ewald dimostrava pure acido cloridrico libero, con acidità totale del 2 ‰ (condizioni queste che si possono ritenere quasi normali).

(1) Kausch, Ueber funktionelle Ergebnisse nach Operationen am Magen etc. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie* Bd. IV, 1899.

(2) Rencki, Ueber die funktionellen Ergebnisse nach Operationen am Magen bei Ulcus etc. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie* Bd. VIII, 1901.

I dati che abbiamo riferiti sono stati confermati anche da altri autori, come ad es. da Petersen e Machol (casi di Czerny), e da Soupault in operati dell'Hartmann. Questo autore (1) constatava che l'ipersecrezione a digiuno, complicata o no da stasi, sparisce dopo gastro-enterostomia nella grande maggioranza dei casi; l'ipersecrezione digestiva si attenua pure notevolmente e tanto più quanto più ci si allontana dall'operazione; e il tasso di acidità si abbassa a sua volta, per quanto in proporzioni minori. La diminuzione nel valore delle cifre esprimenti l'acidità totale e la cloridria, si constatava certamente, sia appena sensibile, sia alquanto maggiore, sebbene non considerevole; in un caso solo si notava un chimismo fortemente depresso. Soupault, cercando la spiegazione di questi risultati diversi, ammette che in certi casi il riflusso di bile (di cui parleremo fra poco) possa, quando sia sufficientemente importante, neutralizzare più o meno l'acidità gastrica; che in altri possa avere importanza la posizione e la ristrettezza dell'orificio gastro-intestinale; ed infine che la posizione e le dimensioni dell'ulcera abbiano pure un grande valore. Egli crede che la ipersecrezione sia il risultato di un riflesso il cui punto di partenza è l'irritazione dell'ulcera e che è tanto più considerevole quanto più la lesione è importante e situata in una regione meno tollerante. Dopo gastro-enterostomia, probabilmente l'ulcera resta talora isolata dal contenuto gastrico e cessa di essere irritata dal suo contatto; in altri casi, invece, continuerebbe ad essere bagnata almeno in parte da liquidi capaci di mantenere la sua irritazione, per quanto in grado minore che prima dell'atto operativo. Il Soupault emette questa ipotesi cui darà, sembra, maggiore svolgimento, anche per la ragione che, nei malati in cui è stata resecata l'ulcera, il chimismo gastrico avrebbe subito delle modificazioni ben altrimenti importanti che dopo la semplice gastro-enterostomia. Per conto nostro vogliamo far notare che nell'osservazione 46, in cui fu fatta la semplice resezione dell'ulcera, dopo 8 mesi

(1) Soupault, in Hartmann, *Travaux de Chirurgie anatomique clinique*, 1903, p. 242.

si aveva una recidiva dei sintomi, forse da nuova ulcera in atto, con presenza di ristagno a digiuno ed alimentare, e reazione acida evidentissima. per quanto dubbia quella dell'acido cloridrico.

5. *Riflusso della bile e del succo pancreatico nel ventricolo.* -

Il riflusso di bile nello stomaco fu osservato quasi costantemente da Carle e Fantino negli operati di gastro-enterostomia, per un periodo vario da due a molti mesi, senza che però intralciasse menomamente la guarigione o desse qualche disturbo ai pazienti. Il Kausch riscontrò riflusso di bile in tutti i casi, a digiuno o dopo i pasti, e talora anche per anni, sia che venisse praticata la sola gastro-enterostomia od anche l'enteroanastomosi. Ogni metodo ad anastomosi laterale è imputabile di questo riflusso, che avviene col metodo del v. Hacker forse in quantità inferiore che col processo del Wölfler, ma che ormai deve essere ammesso come un fatto assolutamente certo e quasi costante. Invece, la gastro-enterostomia alla Roux e quella ad Y ad anastomosi laterale del Mattoli (vedi pag. 210) sono capaci di impedirlo.

Esso si può riscontrare in due modi, cioè nel vomito, oppure nel liquido estratto dal ventricolo mediante sondaggio; e con questo mezzo appunto si riscontrò quasi costantemente il riflusso nei malati del Prof. Carle, dandosi così per la prima volta la dimostrazione che il metodo del v. Hacker non è a sua volta capace di impedirlo.

Il riflusso non continua, almeno in tesi generale; dopo un tempo più o meno lungo a seconda dei casi, non si trova più bile nel ventricolo nè con lavatura a digiuno, nè con lavature dopo i pasti: cioè, il riflusso diminuisce progressivamente con l'aumento della continenza del ventricolo.

Il Carle ha trovato sempre grandemente vantaggioso, per impedire il prolungarsi del rigurgito di bile nei casi in cui era piuttosto notevole, l'uso dello svuotamento o della lavatura gastrica, almeno una volta al giorno; infatti, in certi casi il ventricolo si dimostra intollerante al riflusso continuato di bile ed i pazienti cadono in preda a vomito insistente.

Quando il riflusso sia abbondantissimo, si parla più pro-

priamente di circolo vizioso: ma di questo abbiamo detto a proposito delle complicate della gastro-enterostomia. Qui aggiungeremo soltanto che, se la gastro-enterostomia transmesocolica posteriore si fa in guisa che la comunicazione gastro-intestinale sia nel punto più declive del ventricolo (gastro-digiunostomia inferiore), nella parte destra di questo, e in modo che l'ansa afferente sia disposta da sinistra verso destra leggermente obliqua e non troppo lunga [Bastianelli (1)], si attuano le migliori condizioni perchè il circolo vizioso non avvenga, anche senza ricorrere al metodo del Roux.

6. *Funzioni intestinali.* - La stipsi, che è così frequente nelle stenosi piloriche e nell'ulcera gastrica in genere, cessa dopo la gastro-enterostomia e le funzioni intestinali si regolarizzano. Delle non rare diarree che si osservano nei primi giorni, abbiamo già tenuto parola.

7. Anche la *secrezione urinaria*, scarsa prima dell'intervento, per la scarsità dell'alimentazione, ritorna in seguito alla norma, con aumento del tasso dell'urea.

8. *Ricambio materiale.* - Il Deganello ha trovato che il ricambio azotato si compie dopo gastro-enterostomia con modalità diverse, anche in casi simili per la natura del morbo. Così, mentre in un caso operato per ulcera gastrica semplice l'assimilazione dell'albumina si verificò avvenire in modo normale, essa fu invece inferiore alla norma ed accompagnata a un deficit nel ricambio, in altra persona operata per lo stesso processo morboso.

Le condizioni di salute del paziente possono essere migliorate dall'atto operativo, anche se il ricambio dell'albumina non si compie come di norma.

(1) Bastianelli. Condizioni impedienti il circolo vizioso nella gastro-enterostomia, ecc. *Policlinico* vol. X, C. 1903.

10. ESITI FUNZIONALI DELLA PILOROPLASTICA.

Le prime ricerche sulla funzionalità del ventricolo dopo piloroplastica appartengono al Mikulicz, il quale, al Congresso tedesco di Chirurgia del 1897 affermava di aver trovata diminuita in 4 casi di ulcera, dopo piloroplastica, la ipersecrezione cloridrica, che era enorme prima dell'operazione. Ma la scarsità dei casi osservati dava poca luce sul valore funzionale di questo intervento; ed ancora al Fantino spetta l'onore della prima ricerca sistematica in proposito. Egli, su 15 casi di piloroplastica (e 3 di divulsione che si possono ad essi unire, poichè il risultato fu identico in tutti i casi), trovò che il risultato era stato ottimo in 13 e che le modificazioni del chimismo e della motilità sono quasi identiche a quelle che succedono per gastro-enterostomia nelle stenosi benigne. Ricerche estese su questo argomento compì in seguito anche il Kausch.

1. *Attività motoria.* - Nella maggior parte dei casi del Carle studiati dal Fantino non si trattava di stenosi da ulcera o di ulcera in atto. Quando la muscolatura del ventricolo era ipertrofica e fortemente contrattile, tolto l'ostacolo spasmodico o fibroso, lo svuotamento si compiva regolarmente. Se però l'intervento era stato indicato da atonia gastrica con ipercloridria, dopo piloroplastica si osservava tuttora un ritardo nello svuotamento, accompagnato da senso di peso anche a distanza di mesi dall'operazione. Ciò dimostra che in questi casi è più indicata la gastro-enterostomia; tanto più se si pon mente alla scomparsa di questi disturbi, in un caso che il Carle operò di gastro-enterostomia dopo la piloroplastica (Caso XIV di Carle e Fantino).

Il Kausch riscontrò che la motilità ritorna più lentamente alla norma dopo piloroplastica, che dopo gastro-enterostomia; ma, nel primo caso, più raramente si abbasserebbe di nuovo sotto il normale.

Secondo il Gherardi, la motilità non torna sempre normale dopo la piloroplastica.

2. *Capacità del ventricolo.* - Mentre dopo la gastro-enterostomia la capacità dello stomaco si riduce per lo più notevolmente e rapidamente, dopo piloroplastica la retrazione si compie in grado molto minore, anche migliorando lo stato generale e regolarizzandosi l'attività motoria; tuttavia, per quanto raramente torni al normale, la capacità diminuisce sempre (Fantino).

3. *Funzione del piloro.* - Dopo la piloroplastica, il Fantino osservò che la continenza si ristabiliva completamente.

4. *Chimismo.* - Mentre Mikulicz aveva riscontrato, come si disse, forte diminuzione dell'ipercloridria, il Fantino poté notare solamente un ritorno progressivo alla norma; mai trovò un abbassamento notevole al di sotto del normale, come così frequentemente avviene dopo la gastro-enterostomia, in cui si ha più rapido svuotamento del ventricolo e reflusso di bile.

Anche il Kausch confermava l'abbassamento abituale dell'ipercloridria dopo piloroplastica, raramente avvenendo, nei suoi casi, che questa secrezione cadesse sotto la norma.

5. *Riflusso di bile nel ventricolo.* - Al contrario di quanto succede dopo la gastro-enterostomia, in seguito a piloroplastica manca completamente secondo Fantino e Gherardi, è raro secondo Kausch, il reflusso di bile nello stomaco; fattore questo che può avere un'influenza sulla secrezione cloridrica e può in parte spiegare le differenze fra il comportamento di questa dopo la gastro-enterostomia e dopo la piloroplastica; diciamo « in parte », perchè è evidente da quanto precede, che anche la motilità, anzi soprattutto questa, influisce direttamente sul chimismo gastrico. Secondo Hartmann, avrebbero grande importanza i mutamenti nello stato della mucosa e delle sue ghiandole; questa ipotesi, sostenuta anche dal Mattoli a proposito degli effetti della gastro-enterostomia, e che verrebbe a togliere importanza al fattore ristagno nella produzione dell'ipercloridria, sarebbe appoggiata dal fatto che la secrezione non si modifica quando i

pazienti erano ana- o ipocloridrici prima dell'operazione. Secondo noi, questa circostanza non prova nulla, perchè invero non si comprende quali mutamenti nella secrezione si dovrebbero riscontrare in tali casi, una volta che precisamente l'ipocloridria (talora anche l'anacloridria) si verifica dopo l'intervento in ipercloridrici.

11. RISULTATI FUNZIONALI DELLA RESEZIONE DEL PILORO.

Il Rencki ha studiato il comportarsi della funzione motoria e chimica dopo la resezione del piloro in tre casi di ulcera con stenosi, in uno dei quali l'esame istologico dimostrò poi l'inizio di carcinoma.

Il risultato immediato dell'operazione in questi tre casi potè dirsi ideale: scomparsa rapida di tutti i disturbi, notevole miglioramento dello stato generale, aumento in peso. La funzione motoria non solo ritornò alla norma, ma dopo 4 mesi era tuttora accelerata. Le dimensioni del ventricolo divennero normali ed il ventricolo stesso, disteso da gas, si mostrò perfettamente continente. Quanto all'attività secretoria, invece della suocorrea preesistente, Rencki constatò un rapido abbassamento della secrezione cloridrica, mentre alquanto aumentò la produzione di muco. Si aveva insomma il quadro di un catarro mucoso iniziale. Spesso, inoltre, fu riscontrata bile nel ventricolo.

È da osservarsi però che nel primo caso il paziente moriva 13 giorni dopo l'operazione coi segni di una paralisi motoria del ventricolo, che le lavature furono insufficienti a vincere. Nel secondo, il miglioramento notevole dell'attività motoria non fu duraturo, dopo un anno di benessere essendo recidivati tutti i sintomi, tanto che dopo 4 anni e mezzo vi era un notevole deperimento dello stato generale ed una forte alterazione delle funzioni chimica e motoria del ventricolo (ancora ipercloridria). Non solo, ma lo stesso paziente finiva poi col morire per perforazione di una nuova ulcera formatasi nel ventricolo. Nel terzo caso il risultato fu migliore.

Ad ogni modo si può concludere, senza tema di errare.

che la resezione, intervento grave già di per sè, non pre-munisce contro la recidiva di gravi disordini motori e chimici del ventricolo ed anche contro la formazione di una nuova ulcera.

Un esempio di questo fatto ce l'offre anche il nostro caso 46, nel quale, dopo resezione, avvenne una recidiva dei sintomi (ristagno, ipercloridia, dolori ecc.) ed inoltre apparvero gastrorragie indicanti la formazione di una nuova ulcera.

Che però guarigioni durature possano avvenire dopo resezione pilorica, è dimostrato dai casi in cui la guarigione persiste dopo lunghi anni (nel 1° di Rydygier, come si disse, ancora dopo 19).

12. RISULTATI GENERALI DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA, DELLA PILOROPLASTICA E DELLA RESEZIONE, NELL'ULCERA IN ATTO E NELLE STENOSI DA ULCERA.

Poichè la nostra statistica rappresenta la prima grande rassegna complessiva sui risultati ottenuti dalla chirurgia nella cura dell'ulcera gastrica e dei suoi postumi, ci sembra interessante radunare brevemente i risultati immediati e remoti dei tre atti operativi più importanti, cioè della resezione, della piloroplastica e della gastro-enterostomia. Non teniamo conto, naturalmente, dei casi nei quali fu associata quest'operazione alla resezione, alla digiunostomia, alla esclusione ecc.: e così pure furono esclusi, nel computo delle gastro-enterostomie, i due casi del Pollard e del Childe che ricordammo a proposito dello stomaco a clessidra.

Tale studio dovrà guidarci a quello della scelta del metodo operativo e delle indicazioni all'intervento, le ultime questioni che ancora ci restano a trattare.

Mortalità generale:

		Casi	Morti	Mortalità
Resezioni	Ulcera in evoluzione	70	15	21,4 ‰
	Stenosi pilorica cicatriz.	38	16	42,1 ‰
Piloroplastiche	Ulcera in evoluzione	19	2	10,5 ‰
	Stenosi pilorica cicatriz.	64	7	10,9 ‰
Gastroplastiche-Stomaco a clessidra		40	4	10,0 ‰
Gastro-enterostomie	Ulcera in evoluzione	254	37	14,56 ‰
	Stenosi pilorica cicatriz.	415	43	10,3 ‰
	Stomaco a clessidra	32	5	15,6 ‰

Cioè, complessivamente, la mortalità generale è:

	N. dei casi	Morti	Mortalità generale
Resezione	108	31	28,7 ‰
Plastiche	123	13	10,56 ‰
Gastro-enterostomia	701	85	12,1 ‰

Recidive (risultati complessivi). Con questo nome indicheremo gli insuccessi funzionali e le vere recidive, osservate nei malati che superarono l'intervento.

		N. delle guarig. operatorie	N. delle recidive	Recidive (‰)
Resezioni	Ulcera in evoluzione .	55	10	18,1 ‰
	Stenosi pilorica cicatriz.	22	4	18,1 ‰
Plastiche	Ulcera in evoluzione .	17	2	11,7 ‰
	Stenosi pilorica cicatriz.	57	10	17,5 ‰
	Stomaco a clessidra . .	36	5	13,8 ‰
Gastro-enterostomie	Ulcera in evoluzione .	217	6	2,76 ‰
	Stenosi pilorica cicatriz.	372	11	2,9 ‰
	Stomaco a clessidra . .	27	1	3,7 ‰

Numero complessivo delle recidive:

	N. delle guarigioni operatorie	N. delle recidive	Recidive (%)
Resezioni	77	14	18,1 %
Plastiche	110	17	15,4 %
Gastro-enterostomie	616	18	2,9 %

Insuccessi complessivi coi tre metodi:

	N. dei casi	Morti	Recidive	Totale insuccessi
Resezioni	108	31	14	45 = 41,6 %
Plastiche	123	13	17	30 = 24,3 %
Gastro-enterostomie	701	85	18	103 = 14,6 %

Poche parole di commento. Come si vede, l'intervento più grave, sia in rapporto ai risultati immediati, come a quelli remoti, è stato finora la resezione. La piloroplastica (inclusa la gastroplastica) e la gastro-enterostomia danno una mortalità generale press'a poco identica, ma fra i due processi avvi una differenza fondamentale riguardo agli esiti remoti; le recidive sono cioè di gran lunga meno frequenti dopo la gastro-enterostomia.

13. SCELTA DEL METODO.

Quanto precede non lascia dubbio sulla scelta dell'intervento nelle ulcere in evoluzione e nelle stenosi ad esse conseguenti. Il processo di elezione è, cioè, la gastro-enterostomia, la quale ci affida sul risultato operatorio, e ci dà quasi assoluta sicurezza sul definitivo.

Noi crediamo che alla resezione dell'ulcera (escisione dell'ulcera, resezione parziale del ventricolo o del piloro, resezione circolare del piloro) non si debba ricorrere che allorquando vi sieno condizioni eccezionalmente favorevoli per l'operazione e contemporaneamente si abbia il dubbio di una pronta pos-

sibile complicanza (perforazione); ad ogni modo, la resezione non dovrebbe essere che un atto dell'operazione, essendo indicato aggiungere ad essa la gastro-enterostomia.

La piloroplastica, che è operazione così semplice quando le condizioni anatomiche della parte la permettano, ha il grave inconveniente che la cicatrizzazione successiva può portare ad una recidiva della stenosi; pericolo che incombe tanto più, quando l'ulcera non sia ancora completamente cicatrizzata e d'altra parte non ne sia possibile la contemporanea escisione.

Abbiamo detto che il processo di elezione deve essere la gastro-enterostomia; noi però non dimentichiamo che non esistono malattie, ma ammalati, e che quindi a torto consiglieremmo un metodo di cura da applicarsi in tutti i casi, tanto più che gli insuccessi, immediati o mediati, non sempre sono da imputare al metodo. D'altra parte, al giorno d'oggi molti pericoli che un tempo erano inerenti in generale agli interventi sull'addome, sono pressochè scomparsi.

Non deve essere quindi rifiutata in modo assoluto la cura radicale, forse la migliore teoricamente, e che, per l'esperienza già fatta, sappiamo essere perfettamente riuscita in certi casi. Per queste ragioni abbiamo osservato che, se esistono condizioni favorevoli per l'escisione dell'ulcera (purchè, naturalmente, essa sia in atto), alla resezione si possa ricorrere; non dimenticando però di associarla alla gastro-enterostomia, a scopo profilattico contro eventuali inconvenienti tardivi (stenosi ecc.), ed anche per mettere a riposo il piloro quando eventualmente sia sede soltanto di uno spasmo e non venga interessato nella resezione.

Evidentemente, se, trattandosi di ulcera in atto, non esistono condizioni favorevoli alla resezione, non vi è ragione di ricorrere ad un atto operativo grave, quando con la gastro-enterostomia possiamo intervenire esponendo l'ammalato a pochi pericoli, e con la certezza quasi assoluta di una guarigione definitiva. Quest'ultima operazione non sempre, è vero, ci premunisce da successive complicazioni, quali l'ematemesi, anche mortale, o la perforazione, ma è certo miglior partito affrontare questi pericoli molto problematici, che correre il

rischio di pericoli immediati più numerosi ed altrettanto gravi.

Quando poi si sia in presenza di una stenosi cicatriziale, e si ritenga quindi che l'ulcera non sia più in corso di evoluzione, la gastro-enterostomia non può più esser chiamata un mezzo terapeutico palliativo, ma ha diritto di essere ritenuta veramente curativa. Come pure in questo senso deve essere intesa l'efficacia della gastro-enterostomia in tutti quei casi di ulcera in atto, nei quali si ottiene la scomparsa definitiva di tutti i sintomi: essa agisce allora, soprattutto quando l'ulcera risiede al piloro od alla piccola curvatura, rimediando alla sindrome pilorica e permettendo all'ulcera di ripararsi.

Rimandando, a proposito degli interventi meno sperimentati (gastro-duodenostomia; digiunostomia; gastro-enterostomia associata ad esclusione del piloro od a digiunostomia ecc.), a quanto altrove abbiamo detto sulla loro importanza ed applicabilità, concluderemo dunque, in base ai precedenti ragionamenti, che « metodo di scelta dobbiamo « ritenere la gastro-enterostomia; ad essa potremo associare « la resezione, nei casi di ulcera in atto nei quali questo « intervento sia possibile senza troppe difficoltà ».

Stabilito così di praticare la gastro-enterostomia, quale deve essere il processo da usarsi?

È logico infatti fissare un metodo di scelta, perchè non è possibile che la questione del metodo sia soltanto « subbiettiva di chi opera », come diceva il Postempski; ma bensì i diversi processi operativi hanno diversi pregi e difetti intrinseci, come è dimostrato dai risultati di un numero notevolissimo di interventi praticati da svariati operatori. Invero, in tutti i casi, sieno ulcere in evoluzione o stenosi, il metodo che prevale per la scarsità di insuccessi è sempre quello del v. Hacker. Anche il metodo Roux nei casi compresi nella nostra statistica ha dato in genere risultati assai buoni ed è quindi degno di esser preso in considerazione.

Noi però ci limitiamo ad esporre i risultati complessivi ottenuti coi due metodi del Wölfler e del v. Hacker nelle

stenosi cicatriziali e nelle ulcere in evoluzione, poichè essi furono usati nel massimo numero dei casi.

Escludendo naturalmente le osservazioni in cui alla gastro-enterostomia fu unita l'enteroanastomosi, e considerando solo quelle in cui furono applicati i metodi genuini, dalla nostra statistica risulta:

	Metodo Wölfler			Metodo v. Hacker		
	N. dei casi	Morti	Mortalità	N. dei casi	Morti	Mortalità
Ulcera in evoluzione .	57	14	24,5 %	141	16	11,3 %
Stenosi pilorica cicatriz.	94	17	18,0 %	250	23	9,2 %
<i>Risultati complessivi</i> .	151	31	20,5 %	391	39	9,97 %

La differenza è talmente evidente che la nostra scelta non può rimanere in forse, quantunque anche di recente il Mikulicz abbia voluto spuntare una lancia in favore delle gastro-enterostomie anteriori, perchè più semplici e più facili; il risultato della nostra statistica sta lampante a dimostrare quanto sieno effimere queste qualità.

Col metodo del v. Hacker è possibile, operando perfettamente al di fuori dell'addome, compiere l'operazione in 15-20 minuti, specialmente se si adottano certe modalità di tecnica e soprattutto il bottone. Non basta; se con il metodo di Wölfler si volesse evitare con qualche sicurezza il pericolo del circolo vizioso, occorrerebbe unire sistematicamente alla gastro-enterostomia anteriore l'enteroanastomosi; orbene, questa perdita di tempo è ingiustificata, quando si pensi alla semplicità e sicurezza con cui si può compiere l'anastomosi posteriore, mediante la quale, come vedemmo, si può eliminare codesta complicità.

Abbiamo detto che specialmente è opportuno l'uso del bottone: questo nostro convincimento non si basa soltanto sugli esiti brillanti ottenuti dal Prof. Carle coll'uso sistematico del bottone di Murphy, ma sui risultati complessivi della nostra statistica, i quali dimostrano che la mortalità è assai inferiore usando il bottone, che senza. Questo fatto è tanto più notevole in quanto il bottone fu usato in molti

casi allo scopo di abbreviare l'atto operativo, a causa delle gravi condizioni generali dei pazienti. I seguenti specchietti sono ricavati dall'insieme dei casi trattati coi due metodi principali del Wölfler e del v. Hacker.

Gastro-enterostomia col bottone.

	Metodo Wölfler			Metodo v. Hacker		
	N. dei casi	Morti	Mortalità	N. dei casi	Morti	Mortalità
Ulcera in evoluzione.	15	1	6,66 %	32	2	6,25 %
Stenosi pilorica cicatriz.	26	3	11,53 %	139	10	7,19 %

Gastro-enterostomia senza bottone.

	Metodo Wölfler			Metodo v. Hacker		
	N. dei casi	Morti	Mortalità	N. dei casi	Morti	Mortalità
Ulcera in evoluzione.	59	16	27,1 %	114	14	12,2 %
Stenosi pilorica cicatriz.	99	15	15,15 %	119	13	10,9 %

Mortalità generale

col bottone	senza bottone
[Metodi Wölfler e v. Hacker]	[Metodi Wölfler e v. Hacker]
7,54 % (casi 212, morti 16).	14,5 % (casi 391, morti 58).

Data l'eloquenza di queste cifre, ci limiteremo a pochi commenti, esponendo i vantaggi che offre il bottone e che sono, secondo noi, la causa di questi risultati.

1. *Rapidità.* - Per quanto molti fautori della sutura affermino che si può fare una buona sutura in tre strati impiegando complessivamente, in media, 29-30 minuti, crediamo che, coeteris paribus, col bottone si possano risparmiare 15 minuti anche facendo la sutura di rinforzo; vantaggio tutt'altro che indifferente, trattandosi di malati cachettici, talvolta in condizioni estremamente gravi per profuse emorragie o per inanizione.

2. *Sicurezza.* - È indubitato che il bottone dà la massima

garanzia, anche sotto questo punto di vista. Petersen e Machol su 215 gastro-enterostomie alla v. Hacker (carcinomi compresi) nella clinica dello Czerny, non hanno mai osservato un'anastomosi men che sicura; ed il Carle, il quale vanta una serie pure eccezionalmente numerosa di gastro-enterostomie con bottone, non ricorda che questo mezzo gli abbia fallito una volta. Naturalmente occorre che il bottone sia ben fabbricato, del che ci si deve assicurare provandolo ogni volta prima di usarlo. Gli avversari del bottone raccolgono 12 o 15 casi in cui si è avuta perforazione e peritonite per insufficienza delle aderenze stabilitesi col bottone; ora, quante volte è stata nello stesso modo insufficiente la sutura e quante altre cause di morte non intervengono con questo metodo? E d'altra parte la sutura di rinforzo praticata secondo i dettami del Carle ci dà, per quanto non sia assolutamente indispensabile, una garanzia assoluta. Il Carle afferma inoltre che, se avvenisse la perforazione malgrado le precauzioni che egli prende (vedi oltre), sarebbe segno di una tale alterazione dei tessuti da presumere che probabilmente essa sarebbe avvenuta anche con la semplice sutura. In soggetti deperiti, cachettici, e se si tratta di tessuti infiltrati, ciò non è tanto raro.

3. *Maggiore garanzia di asepsi*, per il breve tempo durante il quale rimangono aperti i lumi del ventricolo e dell'intestino. La fuoruscita del materiale gastrico o intestinale può tuttavia avvenire, per quanto in casi veramente eccezionali.

4. *La possibilità d'alimentare gli ammalati* subito dopo l'operazione, quando lo si ritenga necessario.

In verità, quando questo sia il caso, il bottone dà evidentemente una garanzia di sicurezza molto maggiore che la sutura; siccome poi l'alimentazione non può essere fatta che con mezzi liquidi, non ha valore l'obbiezione che il lume del bottone è troppo piccolo e che l'anastomosi con sutura, più ampia, facilita immediatamente il passaggio, degli ingesti.

Quanto agli inconvenienti che il bottone può presentare, le cifre che abbiamo riportate dimostrano, ci sembra, che sono di gran lunga meno gravi di quanto si crede da taluni. È certamente possibile che il bottone sfugga durante l'atto

operativo, che avvengano emorragie quando esso cade, ecc., ma si tratta di casi eccezionalissimi che non riescono, non diciamo a rendere eguale, ma neppure vicina la mortalità dei casi operati con bottone a quella dei casi trattati con sutura. L'anastomosi con sutura fa perdere un numero notevolissimo di pazienti per causa del collasso post-operativo ed è di esecuzione molto più delicata, senza dare maggior sicurezza sull'ulteriore funzionalità del neopiloro.

E quanto ai tanto discussi inconvenienti tardivi, crediamo che si sieno molto esagerati, perchè non abbiamo osservato che qualche disturbo intestinale nei giorni dell'eliminazione del bottone, e solo in qualcuno dei nostri casi. È probabile inoltre che molte volte il bottone venga eliminato senza che il paziente se ne accorga, e da ciò risulti l'apparentemente forte percentuale di casi in cui il bottone non sarebbe stato emesso; se poi rimane nello stomaco, come alcune volte si è osservato, è veramente eccezionale che esso dia luogo a successivi inconvenienti.

Anche per ciò che riguarda l'eventuale presenza di ostacoli lungo il lume intestinale, pensiamo che si tratti soprattutto di eccezioni. Certo non si saprebbero citare molti di questi casi.

Infine, che il bottone abbia un minor numero di inconvenienti di quello che gli avversari sostengono, ci pare dimostrato anche dalle statistiche del Tricomi, che applica nelle sue operazioni alla Roux due bottoni e non ha trovato motivo di dover rinunciare a questa tecnica.

Noi quindi, senza avere la pretesa di voler far diventare *bottonisti* quelli che non lo sono, ci limitiamo essenzialmente a richiamare l'attenzione sui risultati della nostra statistica, i quali ci sembra non abbiano bisogno di commenti, anche se si volesse, per qualche inconveniente tardivo, aumentare d'una cifra minima la mortalità.

14. INDICAZIONI GENERALI ALL'INTERVENTO NELL'ULCERA GASTRICA E NEI SUOI POSTUMI.

Giunti così al termine della nostra trattazione, non resta che fissare, in base ai precedenti risultati, in quali casi convenga l'intervento chirurgico e che valore questo abbia in confronto, o come complemento, della cura medica.

Nell'ulcera in evoluzione già abbiamo rilevato che, anche assegnando alle guarigioni definitive una parte delle recidive, nell'ipotesi che finiscano ad un certo momento per guarire, se pure havvi una maggioranza di casi che dalle cure mediche ritrae reale vantaggio, essa è però molto tenue.

D'altra parte, il trattamento chirurgico non garantisce a sua volta dalle recidive, ed è causa diretta di morte in un numero di casi non indifferente, che, pure fermandoci al minimo ottenibile colla gastro-enterostomia, sale al 14,56 % dei casi. Calcolando inoltre che molti interventi non praticati nei grandi ospedali o nelle grandi cliniche non vengono pubblicati e soprattutto se hanno avuto esito sfavorevole, crediamo non errare considerando la cifra reale di mortalità operatoria alquanto più alta. Assolutamente parlando, dunque, e se fossero confrontabili i casi curati medicamente e chirurgicamente, il trattamento medico fallirebbe ancora in un numero di pazienti assai maggiore che quello chirurgico.

Ma si deve considerare che la grande maggioranza dei casi di ulcera in evoluzione che furono operati, riguarda individui che avevano già inutilmente e spesso più volte esperito il trattamento interno, cosicchè, se su 100 individui ve ne sono 35-36 che dalla cura medica non ritraggono vantaggio, ben 25-30 di questi potranno guarire col trattamento chirurgico, anche tenendo conto delle eventuali tardive complicanze e delle recidive.

Naturalmente, dati completi a questo riguardo mancano, perchè quale sia il definitivo risultato funzionale nella maggior parte degli operati non è possibile sapere, e solo si può grossolamente giudicare che nella maggioranza dei casi l'esito è anche funzionalmente ottimo, poichè i malati non si pre-

sentano più al chirurgo (come sono pregati a fare, se soffrissero di qualche disturbo) ed inoltre perchè molti dei più vecchi operati (vedi ad esempio le nostre storie anche per le stenosi piloriche) possono darci tuttora ottime nuove della loro salute.

Ma è certo che, sottoponendo i pazienti a cura chirurgica durante il periodo evolutivo dell'ulcera, nei casi ribelli alla cura medica, si può assicurare nella grandissima maggioranza dei casi una completa guarigione.

A noi sembra che, data l'indole della malattia, si debba sempre tentare anzitutto la cura medica. Se la guarigione non viene conseguita, oppure se dopo periodi di apparente benessere recidivano i sintomi, allora l'intervento chirurgico trova la sua indicazione. Crediamo anche che i risultati della nostra statistica ci autorizzino a largheggiare un po' più di quel che non si usi comunemente nelle indicazioni; e cioè pensiamo che per intervenire non si debbano attendere diverse recidive, specialmente se havvi anche ematemesi, ma sia meglio farlo non appena il caso dimostra di non cedere facilmente al trattamento medico.

Alla cura interna non assegneremo però dei limiti, come vedemmo fare recentemente da Hartmann (1), secondo il quale si avrebbe diritto ad intervenire allorchè in un mese non sono scomparsi i dolori e non si è verificato aumento in peso: giudizio certamente eccessivo, al quale non possiamo sottoscrivere, non solo perchè pensiamo che, in tesi generale, un mese sia troppo breve lasso di tempo per poter giudicare (una cura Leube, ad esempio, è già di per sè più lunga), ma perchè è nostro profondo convincimento che si debba essenzialmente seguire la teoria del « caso per caso ». Al medico spetta giudicare, dal decorso della malattia, dalla minaccia di complicazioni, dalla resistenza del malato, se conviene o no prolungare la cura interna; ma egli deve essere prevenuto che se questa evidentemente non giova, non diminuendo le gastralgie, non dando, soprattutto, tregua alle ematemesi, nè ostacolando il deperimento; se, infine, basta la minima causa

(1) Hartmann, Travaux de Chirurgie anatomo-clinique 1903, pag. 215.

occasionale, il più piccolo disordine dietetico per provocare una ripresa dei dolori e dei vomiti, è indicazione precisa ricorrere al trattamento chirurgico. Poichè questo ha tanto maggiore probabilità di riuscita quanto migliori sono le condizioni generali dei pazienti, non ancora in istato di inazione o indeboliti soverchiamente dalle perdite di sangue. Ed in avvenire certamente i risultati saranno ancora migliori, se si applicheranno più largamente questi concetti.

D'altro canto, come già accennammo, non è opportuno consigliare troppo presto la cura chirurgica, quando cioè non si sappia come l'ulcera reagisce al trattamento interno: infatti, data un'ulcera recente, come potremmo garantire che l'intervento preserverà da complicanze o da recidive? E ciò soprattutto per l'ignoranza in cui siamo riguardo alla patogenesi della malattia, per cui in realtà non possiamo che fare delle ipotesi sul meccanismo di guarigione dopo la gastro-enterostomia o la resezione.

Dicono taluni fautori del trofismo: « Mettete l'ulcera in riposo con la gastro-enterostomia, ed essa guarirà, come tenuta in letto guarisce l'ulcera perforante del piede ». Ma essi stessi confessano poi che non vi è mezzo per guarire prontamente quest'ultima, giacchè l'ulcera si riproduce persino sul moncone, se si è finito coll'amputare. « Pertanto » nota sagacemente il Giordano, alle cui parole sottoscriviamo volentieri « potremmo aspettarci che nessuna operazione si possa suggerire sullo stomaco affetto da ulcera gastrica: incidete quello stomaco e l'incisione si ulcererà, così come il moncone d'amputazione del piede, anche tenuto a riposo in letto: per un'aberrazione di audacia chirurgica asportate quello stomaco, quell'ulcera si riprodurrà sull'esofago o sul duodeno ove pure se ne vedono di spontanee » (1).

Dinanzi a tali incertezze, e dati i risultati finora ottenuti, che, per quanto generalmente buoni, non ci permettono di paragonare l'intervento chirurgico nell'ulcera gastrica ad una cura radicale d'ernia, come fece il Tricomi, noi divi-

(1) Giordano, *Compendio di Chirurgia operatoria italiana* pag. 340.

diamo il parere di coloro (Durante, Giordano, M. Robson ecc.) che non credono giustificata una tendenza operatoria ad oltranza.

Invece, qual campo non meno largo e molto più sicuro si apre al chirurgo, se egli sa bene precisare le indicazioni e gli scopi cui tende con l'intervento! Abolita ogni idea di agire prevenendo eventuali complicanze, egli deve serbare a sè precisamente queste ed i casi di ulcera che abbiamo chiamati ribelli; cioè, spettano secondo noi al chirurgo:

1°. I casi nei quali le gastralgie ed i vomiti sono talmente intensi e continuati, malgrado le cure mediche, da mettere il paziente in grave pericolo per la minaccia della cachessia e dell'esaurimento, come avviene precisamente quando tali disturbi si congiungono alla sindrome pilorica (spasmo, ulcera al piloro).

2°. I casi di ematemesi lievi e ripetute resistenti ad ogni cura interna, nel caso che questa sia stata almeno più d'una volta inefficace.

In queste due categorie crediamo rientrano i casi di perigastrite adesiva e quelli di ulcera callosa e penetrante, i quali sono appunto i più ribelli, rispettivamente pei dolori molto vivi e per la facilità con cui spesso si accompagnano all'ematemesi.

L'intervento è indicato nei casi suddetti, sia perchè, essendo appunto la sindrome pilorica, la gastro-enterostomia allontanà lo spasmo e mette veramente in riposo l'ulcera quando essa ha sede al piloro o nelle vicinanze: sia perchè contro la perigastrite adesiva la terapia medica non ha mezzi diretti d'intervento, e le ulcere callose e penetranti costituiscono un pericolo continuo di complicazioni e portano quasi necessariamente a stenosi cicatriziali, aggravate da stiramenti e aderenze peritoneali.

Una riserva vogliamo fare invece a proposito dell'intervento nei casi di ematemesi profusa. Abbiamo veduto in questi casi che, mentre l'ideale sarebbe di raggiungere la sede dell'emorragia e praticare l'emostasi con la canterizzazione o la resezione, questi interventi, oltre ad essere spesso difficilissimi od anche impossibili, danno una percentuale di mortalità così elevata che val meglio rinunziarvi senz'altro.

Solamente la gastro-enterostomia sarebbe capace di agire favorevolmente in un numero discreto di casi. Ma a questo punto si deve considerare che sono ancora troppo scarsi i casi di ematemesi gravissime trattati con la gastro-enterostomia e secondariamente che sono occorse delle ematemesi imponenti anche dopo questa operazione, pur essendo avvenuta poi la guarigione. È quindi permesso dubitare che questi casi forse sarebbero guariti egualmente anche senza operazione; mentre la morte del paziente in collasso dopo l'intervento nei casi di emorragia gravissima, od il ripetersi di questa se è corroso un vaso appena importante, danno scarso affidamento sul valore dell'operazione. La quale vale tanto poco in questi casi, che anche allorchè si è voluto con una digiunostomia assicurare ancor meglio il riposo assoluto dell'ulcera, si è verificato il ripetersi mortale della gastrorragia.

Noi quindi neghiamo, in base ai risultati del nostro studio, che la gastro-enterostomia (e peggio poi qualsiasi altro intervento) sia indicata nelle ematemesi profuse e crediamo più opportuno l'attenersi esclusivamente alla cura medica.

Siamo lieti che questi concetti, opposti alle vedute di tanti, abbiano trovato di recente un sostenitore anche in Hartmann (1), col quale tuttavia non sapremmo convenire nella necessità di fare eccezione a questa regola per coloro che presentano segni di stenosi pilorica; anche questi pazienti debbono, secondo noi, essere lasciati anzitutto in assoluto riposo, salvo procedere all'intervento allorchè lo stato generale si sia alquanto rilevato, il che con mezzi appropriati si può ottenere in pochi giorni.

3°. Un'altra indicazione all'intervento è data, secondo il nostro modo di vedere, dai casi in cui vi sia *sospetto di cancro*, cioè, sia questo sviluppato sull'ulcera o indipendentemente, se esistono i sintomi che abbiamo descritti proprii di questa trasformazione o sovrapposizione di processi. Il chirurgo deve intervenire col concetto di poter praticare un intervento radicale, se esso è ancora possibile, e se il dubbio vien confermato durante l'operazione.

(1) Hartmann, loc. cit. pag. 214.

4°. Infine esistono alcune *indicazioni di necessità* date da postumi dell'ulcera: esse sono le perforazioni, gli ascessi subfrenici e, talora, quelli perigastrici; da ultimo, le stenosi piloriche e gastriche.

Le perforazioni abbiamo detto che lasciate a sè stesse finiscono nel 95 % dei casi con la morte: è dunque così evidente la ragione dell'intervento che non insistiamo oltre, e solo ricordiamo di aver già diffusamente descritte le modalità operative secondo noi preferibili.

L'ascesso subfrenico è indicazione di necessità per gli identici motivi: esso deve venir aperto e largamente drenato nel modo che si è descritto.

La stenosi pilorica e lo stomaco a clessidra cicatriziali esigono l'intervento il più precocemente possibile e noi li consideriamo insieme, essendo lo stomaco biloculare spesso mal diagnosticabile, e negli effetti pressochè identico alla stenosi cicatriziale.

Orbene, in questi casi la terapia medica è assolutamente impotente: il processo essendo dovuto a retrazione cicatriziale è, per sua natura, irreparabilmente progressivo e non può cedere ad alcuna terapia. D'altra parte, abbiamo visto che i risultati della gastro-enterostomia sono ottimi nella stenosi pilorica (10 % di mortalità), e tanto più nei casi di gastro-enterostomia con bottone (mortalità 7,54 %, secondo la statistica generale; 3,84 %, come vedremo, secondo quella del prof. Carle); ed è presumibile che queste cifre soffriranno in avvenire una ulteriore diminuzione non tanto per i progressi di tecnica, quanto se i pazienti verranno operati per tempo, allorchè le condizioni generali non saranno così cattive da condurre quasi necessariamente alla morte per collasso o per inanizione. A questo proposito la nostra statistica generale non potrebbe riuscire più istruttiva.

Nessun trattamento palliativo, dunque; giacchè il lasciare i pazienti alle lunghe ed esaurienti cure dietetiche, il sottoporli continuamente alle lavature per potere poi loro concedere il lusso di poco latte e brodo o di qualche uovo, a costo di una vita continuamente tormentosa e di vedere le proprie forze progressivamente diminuire, è ormai contrario

alla logica più elementare. In questi casi dunque, purchè sia accertata la diagnosi di stenosi cicatriziale, ci dichiariamo assolutamente per l'intervento.

NOTE ALLA CASISTICA DEL PROF. CARLE.

Considerazioni generali. - Le osservazioni che riferiamo alla fine del lavoro riguardano 98 casi di ulcera in evoluzione o suoi postumi operati dal Prof. Carle durante il periodo dal 23 Maggio 1889 al 5 Gennaio 1904.

Fra essi ne figurano 22 che già furono pubblicati nel lavoro del Carle e Fantino (*Policlinico* 1898) e dei quali taluni non apparvero allora nettamente come di stenosi cicatriziale da ulcera. Un ulteriore studio delle storie di questi ammalati ci ha convinti che taluni avevano diritto a trovar posto nella nostra statistica e perciò ve li abbiamo compresi.

Questi casi comprendono 92 guarigioni e 6 morti, cioè la mortalità generale è 6,12 %.

Quanto alla natura dell'affezione si contano:

Ulcere in corso d'evoluzione 15 (Casi 5-14-25-26-30-37-43-46-68-70-77-78-82-93-95): morti 2 = 13,3 %.

Ulcere in via di cicatrizzazione, associate	} Morti 4 = 4,81 %
a stenosi cicatriziale: 2 (casi 4-63)	
Stenosi piloriche cicatriz. 79	
Stomaco a clessidra . . . 2 (casi 8-15)	

Se consideriamo le sole stenosi piloriche cicatriziali, la mortalità scende a 3,79 % (casi 3), cioè ad una cifra minima. Ma esamineremo più diffusamente in seguito le cause di morte.

Per quanto riguarda i metodi operativi, i 98 casi vanno così suddivisi:

Piloroplastiche . . .	2
Divuls. alla Hahn . . .	1

Gastro-ent. con sutura 5	{	Wölfler . . . 1
		Bastianelli 1 (morto)
		von Hacker 2 (morti 1)
		Roux . . . 1

Gastro-enterostomie con bottone di Murphy:

88	{	Wölfler . . . 4 (morti 1)
		v. Hacker 84 (morti 3)

Gastro-duodenostomia 1

Resezione parziale 1

Non essendo possibile confrontare i risultati dell'impiego della sutura e del bottone nella gastro-enterostomia, per la scarsità dei casi in cui fu usata la sutura, ci limitiamo ad osservare che la mortalità nei casi operati col bottone risulta di 4,54 %, cifra notevolmente inferiore a quella della mortalità generale complessiva.

Calcolando la mortalità in rapporto alle sole gastro-enterostomie, nelle ulcere in evoluzione sarebbe di 14,28 % (2 su 14); nelle stenosi cicatriziali, di 3,84 % (3 su 78).

A questo proposito notiamo che nella statistica generale italiana della gastro-enterostomia raccolta dal Mattoli, la mortalità per lesioni benigne in genere è 10,5 %; per ulcera in atto 13,68 %; per stenosi cicatriziale (altre cause comprese, oltre l'ulcera) 8 %.

Deducendo i casi del Carle che sono compresi in questa statistica e così pure deducendoli dalla nostra statistica generale, restano le seguenti cifre, che ci piace confrontare:

Mortalità nelle gastro-enterostomie per ulcera in atto:

Nostra statistica generale 14, 58 %

Statistica generale italiana 16 %

Statistica Carle 14, 28 %

Mortalità nelle gastro-enterostomie per stenosi pilorica cicatriziale:

Nostra statistica generale 11, 87 %

Statistica generale italiana 9, 71 %

Statistica Carle 3, 84 %

Il Prof. Carle si è mantenuto fedele all'uso del bot-

tone di Murphy, come quello che non solo non ha mai dato nessun inconveniente nei suoi operati, ma anzi è spesso stato straordinariamente utile per compiere con grande rapidità l'operazione nei non pochi pazienti che erano estremamente indeboliti ed in gravi condizioni generali. Come già nelle prime osservazioni, anche in seguito non si ebbero mai a lamentare disturbi per causa del bottone, anche nei casi in cui era presumibile fosse rimasto nello stomaco.

Non toccò mai al Prof. Carle, come al Tricomi, di dover praticare una gastrotomia per estrarre il bottone.

Cause di morte. - Se esaminiamo le cause di morte negli operati del Prof. Carle, non troviamo mai che questa sia dovuta al bottone.

Nel caso 5° la morte avvenne 5 giorni dopo una gastro-enterostomia col processo Bastianelli, per emorragia dall'ulcera.

Nel caso 8° fu fatta la gastro-enterostomia alla Wölfler per stomaco a clessidra, nel punto più declive della saccoccia cardiaca; la morte avvenne un mese dopo per ristagno nella saccoccia pilorica, causato dalla disposizione delle aderenze che ne impedivano lo svuotamento, dando una viziosa posizione al piloro, pur tuttavia pervio; fors'anche come causa accessoria devesi considerare l'insufficienza motoria della sacca inferiore, che non riusciva a contrarsi in modo utile. La gastro-enterostomia, invece, aveva sortito il suo effetto per ciò che riguarda la sacca cardiaca, tanto che la paziente aveva già riacquistato un relativo benessere, prima che ricominciassero le fermentazioni putride nella sacca pilorica.

Nel caso 26° la morte è indipendente dalla praticata gastro-enterostomia (con sutura), ma si deve a perforazione di un'ulcera duodenale, forse in continuazione con l'ulcera pilorica. Questa osservazione è istruttiva perchè contribuisce a dimostrare che la gastro-enterostomia non è capace in certi casi, specialmente avanzati, di impedire l'evoluzione dell'ulcera e di prevenirne le complicazioni. L'ulcera, situata al piloro, era perforata già nella superficie anteriore e aderente al fegato, formando una specie di tumore, la cui resezione era impossibile per l'estensione delle aderenze. Non potendosi

praticare, per la lacerabilità dei tessuti, la sutura alla Lembert sul punto perforato, questo fu occluso affrontando i margini mediante alcune anse di filo applicate da ciascun lato e quindi con l'apposizione di omento al disopra, e sutura di questo alla sierosa con 4 punti. La gastro-enterostomia, praticata in seguito, doveva aver l'ufficio di dare all'ulcera riposo e modo di ripararsi. Invece al 6° giorno insorse peritonite da perforazione seguita da morte, per causa di una ulcerazione nella faccia posteriore del duodeno, continua con quella pilorica suturata, e a dintorni sani, tanto che durante l'atto operativo era sfuggita. La sutura aveva tenuto benissimo, e l'apertura della gastro-enterostomia era sufficientemente larga, con bordi già solidamente saldati, per quanto il ventricolo fosse pieno di liquido, probabilmente per atonia della sua muscolatura.

Nel caso 55° la morte avvenne per polmonite: in questo caso probabilmente si deve pensare anche ad una grave intossicazione generale, di natura ignota, poichè il paziente ebbe anche parecchie scariche diarroidiche: con la lavatura si era estratta abbondante quantità di liquido con molta bile, ma fenomeni di circolo vizioso non si erano osservati. Se si annettesse un valore di causa concomitante alla diarrea, e si volesse legar questa con la gastro-enterostomia, questo caso dovrebbe essere unito a quelli di morte per coma dispeptico in causa delle fermentazioni anormali e della cachessia.

A questa causa devesi riportare la morte nel caso 72°, in cui il ventricolo atonico, enormemente dilatato e sfiancato, presentava tuttavia ristagno e l'ammalata moriva in preda a vomiti insistentissimi. Infine, nel caso 39° la morte deve riferirsi a cachessia.

Metodo di scelta. - Non ci fermeremo a spiegare le ragioni della preferenza per l'anastomosi posteriore: esse si trovano riassunte già nel lavoro del Carle e Fantino e ne abbiamo parlato precedentemente noi stessi. Qui ricorderemo 2 casi (5° e 8°) nei quali l'anastomosi anteriore ha provocato una volta l'addossamento delle anse come canne di fucile, nell'altro il ristagno nell'ansa superiore.

Perciò il Prof. Carle, soltanto in un caso, dopo il 1895,

ricorse alla gastro-enterostomia alla Wölfler, e questo per causa delle numerose aderenze che resero impossibile scoprire anche per un piccolo tratto la superficie posteriore (caso 23). Qui la stenosi praticata nel punto più declive e per mezzo del bottone, ottenne risultato funzionale ottimo.

Quanto all'operazione di v. Hacker, praticata col bottone secondo le norme del Prof. Carle, riesce straordinariamente semplice e rapida.

Il bottone usato è di regola il n. 3, più raramente il n. 2.

L'applicazione comincia dall'intestino, praticando in esso una incisione alquanto più stretta del diametro del bottone, la cui metà maschia viene introdotta a forza, sorretta da una pinza. Basta di solito un punto applicato da un lato della rima, perchè i margini rimangano strettamente accollati alla base del cilindro centrale. Dal lato del ventricolo, messo in evidenza un tratto della parete posteriore attraverso una breccia piuttosto larga nel mesocolon, il quale non viene suturato (nessun inconveniente fu mai osservato per non avere fissato al ventricolo i lati della breccia del mesocolon), si solleva una parte di questa parete con due anse di filo e si incide con gli stessi criteri che per l'intestino, introducendo a forza il bottone e restringendo la rima con uno o due punti staccati.

Il combaciamento dei due visceri si ottiene perfetto con la compressione esercitata sopra le due metà del bottone per fissarle; mai, in queste manovre, è necessario praticare delle allacciature e se si ha cura di stirare fortemente i margini delle incisioni mentre si applica il bottone, si può anche non avere affatto gemmizio sanguigno.

Come regola generale, dopo strette le due metà del bottone, il Prof. Carle applica tutto attorno una *sutura di rinforzo*.

Soltanto in casi eccezionali in cui per condizioni gravi del paziente occorre terminare rapidamente l'operazione, questa sutura venne omessa; in questi casi l'operazione dura veramente pochissimi minuti.

La tecnica usata nell'applicazione della sutura di rinforzo fa sì che il combaciamento dell'ansa digiunale al ventricolo

avviene sopra una superficie molto più estesa di quello che permetterebbe il solo bottone; di più, essa vien fatta tutto intorno al bottone non in immediato contatto con questo, ma su una linea elettica, prolungando cioè sui lati, nella direzione della corrente intestinale, l'adagiamento dell'ansa al ventricolo.

Questa sutura di rinforzo si fa siero-sierosa continua, in seta, e si eseguisce con grande rapidità in 2 o 4 minuti; oltre a garantire assolutamente contro il pericolo della perforazione (che però non avvenne mai anche in casi in cui la sutura di rinforzo fu omessa), essa, pel modo come viene praticata, evita sicuramente la formazione dello sperone.

Solo in un caso (27) si osservò il circolo vizioso, perchè l'ansa afferente era stata lasciata insolitamente lunga. In questo caso si erano osservati nei primi giorni vomiti biliosi insistenti che dapprincipio vennero combattuti efficacemente colla lavatura gastrica. Dopo un periodo di benessere durato circa un mese, ricominciarono ancora i vomiti di sostanze miste a bile, i quali divennero così insistenti da indurre l'ammalata a ritornare in clinica. Una 2^a operazione fu praticata 6 mesi dopo e con essa si rimediò efficacemente al difetto della prima, resecando l'ansa afferente in immediata vicinanza del ventricolo, suturando il moncone a questo aderente, ed anastomizzando l'altro con l'ansa efferente mediante sutura terminolaterale.

Si praticò insomma una gastro-enterostomia alla Roux. Il risultato fu ottimo, tanto che tuttora la paziente si trova in ottime condizioni di salute.

Altri inconvenienti non abbiamo riscontrati; in un caso venne eliminato metà bottone, ma in seguito è probabile che l'ammalato, di cui non avemmo più notizie, non abbia avuto disturbi; probabilmente il fatto fu dovuto alla cattiva costruzione del bottone.

Qualche dolore durante la migrazione del bottone si è avuto in pochi casi, ma essi furono sempre sopportabili; per lo più l'emissione è avvenuta senza inconvenienti.

Complicazioni post-operative. - Nei casi 65 e 95 si osservarono ematemesi postoperative da ulcera in atto; la gastro-

enterostomia, che certamente in un caso (65) ebbe risultato duraturo perfetto, come si rileva da recentissime ottime notizie del paziente, non aveva avuto invece un'efficacia immediata sul processo ulcerativo.

In questo stesso malato, circa un mese dopo l'operazione si ebbe ancora una crisi di vomito con feci scure, certamente da gastrorragia avvenuta.

In un caso (78) si dovette procedere ad una nuova sutura della ferita per eviscerazione spontanea, che però non fu seguita da alcun inconveniente.

Esiti lontani. - A questo proposito, dobbiamo insistere sulla persistenza del più completo benessere anche a distanza notevole dall'atto operativo, propria di tutti i casi di cui abbiamo potuto avere notizie.

Tutti questi malati portano un tributo unanime di riconoscenza per l'operatore che li ha completamente liberati da ogni disturbo. Tutti accennano al fatto che la digestione si compie bene, anche di pasti abbondanti, e che non hanno più avuto dolori, nè vomito; spesso anzi hanno avuto un appetito straordinario, di gran lunga superiore alla norma; tutti fatti che dimostrano all'evidenza che le funzioni motoria e chimica del ventricolo persistono ottime anche a distanza di tempo dall'atto operativo e che, qualsiasi modificazione sia avvenuta in corrispondenza dell'anastomosi o del piloro, l'operazione ha raggiunto perfettamente il suo scopo, allontanando il ristagno, mettendo l'ulcera in atto, quando esisteva, in condizioni di guarire, riparando in modo definitivo alle conseguenze della stenosi pilorica.

L'ulcera deve ammettersi che sia completamente guarita nei nostri casi, una volta che non si sono più riprodotte le ematemesi, che sono cessati i dolori e che i pazienti hanno potuto riprendere la dieta ordinaria: due volte in cui l'intervento fu indicato dall'ematemesi (casi 77-82), l'effetto della gastro-enterostomia fu completo ed immediato, non essendosi avuta recidiva. Questi fatti dimostrano che l'opinione di quelli secondo i quali non si otterrebbe col bottone una bocca di anastomosi sufficientemente larga nei casi di ulcera in evoluzione, è per lo meno esagerata.

La nuova apertura, nei casi operati dal Prof Carle, è certamente stata sufficiente allo scopo: e del resto, se consideriamo ciò che altrove abbiamo detto sulla possibile sorte ulteriore del neopiloro, vien fatto di credere che il vantaggio dell'ampia anastomosi, se forse talvolta è reale immediatamente, non può più esistere in progresso di tempo.

Due sole volte (casi 26 e 30) il Prof. Carle ha, per ulcera in evoluzione, praticato la gastro-enterostomia posteriore senza bottone. Il decorso di quest'ultimo caso non fu dissimile da quello di operati col bottone.

Nei due casi 59 e 63, rispettivamente 4 e 3 anni circa dopo l'operazione, si osservano sintomi che lasciano pensare allo sviluppo di un carcinoma. Il fatto è tanto più interessante, in quanto codesti pazienti presentavano, prima dell'operazione, la sindrome più spiccata dell'ulcera gastrica: gastralgie violente, ematemesi, ipercloridria notevolissima.

Ebbene, in un caso si palpa presentemente un grosso tumore (non abbiamo notizie del chimismo); nell'altro, non solo esiste tumore, ma altresì anacloridria e spiccata cachessia. Su questi fatti, che non sono stati osservati frequentemente dopo gastro-enterostomia per ulcera, crediamo utile richiamare l'attenzione.

Interventi meno usati. - Una volta (caso 73) il Prof. Carle eseguì per stenosi cicatriziale da ulcera la gastro-enterostomia alla Roux con sutura. Il risultato non fu buono. Nei primi giorni si ebbe vomito insistente di liquido denso, grigiastro, fetido, contro cui le lavature gastriche ebbero un successo passeggero.

Lo svuotamento del ventricolo continuò a farsi poi incompletamente, tantochè, circa due mesi dopo l'operazione, venne praticato un secondo intervento. Col concetto che l'anastomosi gastro-intestinale fosse riuscita troppo stretta, il Prof. Carle aggredì direttamente l'anastomosi stessa ed incise le pareti gastriche ed intestinali verso il lato efferente: esisteva un prolasso della mucosa gastrica sulla bocca efferente.

L'artificio per ovviare all'inconveniente fu veramente semplice ed ingegnoso; il Carle adagiò alquanto il capo efferente sulla parete del ventricolo, ed in corrispondenza delle

parti affrontate prolungò l'incisione sul ventricolo e sul digiuno, allargando così notevolmente la comunicazione. Questo atto operativo riuscì pienamente efficace e tuttora, dopo più di due anni, l'ammalata gode ottima salute.

Desideriamo anche richiamare l'attenzione sul caso 6, operato di *gastro-duodenostomia* il 7 febbraio 1895, perchè rappresenta il primo intervento di questo genere praticato per stenosi da ulcera.

Proposta nel 1892 dal Jaboulay e da questo autore praticata nel 1894 in un caso di carcinoma (gastro-duodenostomia anteriore), questa operazione veniva praticata dal Carle nel caso citato, col bottone n. 2 di Murphy, unendo lo sfondato pilorico al primo tratto della seconda porzione del duodeno.

La ragione di questo atto operatorio consistette nella grande facilità di avvicinare queste due porzioni fra di loro: ne riuscì un nuovo orificio che aveva presso a poco la direzione del piloro stenosato. In questo caso il risultato funzionale non fu molto buono, perchè lo stomaco non riuscì mai a svuotarsi completamente attraverso il nuovo orifizio, e la dilatazione non si ridusse quasi affatto.

Come abbiamo già visto, praticavano in seguito gastro-duodenostomie per ulcera con stenosi pilorica, prima il Bramann nel maggio e nell'agosto 1895 e quindi nel 1898 il Mikulicz.

Crediamo inutile fermarci sui due casi di *piloroplastica* (casi 1 e 2) e su quello di *divulsione alla Hahn* (caso 3), operazioni che ebbero tuttavia buon risultato funzionale.

Infine, nel caso 46 fu eseguita la *resezione* di un'ulcera aderente al pancreas ed alla parete addominale: il risultato, per lo meno durante un certo tempo (circa 1 anno), non fu buono, probabilmente per formazione di una nuova ulcera; fatto questo che non abbiamo mai verificato negli operati di gastro-enterostomia per ulcera in evoluzione.

Indicazioni. - Il Prof. Carle non interviene che nei casi in cui la cura medica sia dimostrata impotente, oppure quando esistano sintomi gravi che possano giustificare un intervento d'urgenza.

Questi concetti risultano evidenti dalla statistica che ri-

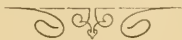
feriamo, la quale ben 83 volte su 98 osservazioni riguarda casi di stenosi cicatriziale.

È questa infatti la complicità da noi più frequente ed anche più terribile dell'ulcera gastrica. Essa riduce spesso i pazienti in uno stato compassionevole, cachettici, marasmatici; non vi sono cure interne che valgano, non le lavature, non la dieta rigorosa, che del resto avrebbe un valore nutritivo insufficiente, non gli alcalini per uso interno. Pensando invece agli esiti dell'operazione ed alla sua quasi assoluta innocuità, non si può a meno di giudicare l'intervento in questi casi non solo razionale, ma, come dicemmo, di necessità.

Quanto all'ulcera in evoluzione, se non si trattava di casi con ematemesi in atto o per altre ragioni complicati, come ad esempio nei casi 26 e 46, si ebbe sempre a che fare con individui che erano stati già inutilmente trattati con mezzi interni: il risultato ottenuto, per quanto meno buono che nei casi di stenosi cicatriziale (negli ultimi 6 anni, tuttavia, mortalità 0) fa riflettere ancora come poco convenga lasciare alle cure mediche questi casi ribelli, con continuo pericolo della recidiva, e con quasi sicuro destino alla stenosi pilorica.

Poichè, altra cosa che si deve notare, il Prof. Carle è intervenuto sempre in casi di ulcera in evoluzione (parlando solo di quelli non complicati) in cui, più che i sintomi dell'affezione in atto, prevalevano quelli della stenosi pilorica.

Le ulcere avevano infatti sede costantemente al piloro o nelle immediate vicinanze, e per la loro estensione certamente avrebbero finito col rendere la stenosi definitiva per cicatrice, mentre al momento non era ancora che da ostruzione o da spasmo.



STORIE CLINICHE

degli operati dal Prof. A. CARLE

OSSERVAZIONE I (Carle e Fantino, loc. cit. Caso 1°). — *Stenosi cicatriziale del piloro da ulcera - Piloroplastica - Guarigione.*

M. Giacomo, d'anni 43, cocchiere, di Albettono. -

Fin dall'età di 39 anni cominciò ad essere molestato da disturbi gastrici, senso di tensione e dolori all'epigastrio, eruttazioni acide di odore spiacevole, penetrante, talora vomito. Negli ultimi anni ebbe gastralgie violentissime che cessavano col vomito, diventato, si può dire, quotidiano. Non notò mai sangue. È molto stitico.

Fece tutte le cure indicategli con poco profitto; ha solo sollievo dalla lavatura gastrica che è diventata oramai indispensabile. Senza di essa le gastralgie sono vivissime e il vomito pertinace.

Lo stomaco giunge in alto alla 5ª costa, in basso a un dito sotto l'ombelico. L'esame provoca fortissima contrazione delle pareti stomacali. Non si palpa tumore di sorta. La regione pilorica però è dolente.

Lo stomaco al mattino a digiuno contiene ancora residui alimentari di odore nauseante; sempre spiccata la reazione di Günzburg, sia a digiuno che nelle diverse ore della digestione. Talora l'HCl giunge a 3‰.

L'emaciazione è avanzatissima, l'ammalato ha frequenti lipotimie, odore di acetone nell'aria espirata, e acetone nelle urine.

Stante condizioni così gravi, si rimanda l'operazione. L'ammalato esce dall'ospedale, ma vi ritorna dopo 10 o 12 giorni, dicendo di non poter più sopportare nemmeno per 24 ore tali sofferenze, e reclama urgentemente l'intervento.

23 Maggio 1889 - *Operazione.* - Il piloro è ridotto ad un anello cicatriziale durissimo, che non lascia passare la punta del mignolo. Anche la superficie sierosa ha aspetto biancastro fibroso, però non depressa, né irregolare. Nessun processo infiammatorio circostante, però le pareti stomacali molto ispessite. Si decide la piloroplastica

e si fa un taglio lungo 5 centimetri. Ma dopo inciso l'anello pilorico si nota che esso è costituito interamente da tessuto fibroso molto duro e punto cedevole; il lume lascia appena passare una penna d'oca.

Per facilitare la sutura si escidono due tratti conici colla base rivolta all'incisione principale (analogamente alla escisione ellittica di Czerny).

Dopo ciò la sutura, che cade quasi interamente su parti sane, riesce più facilmente. Due ordini di sutura a punti staccati. I margini sanguinano poco. Il nuovo piloro lascia liberamente passare il pollice. L'operazione dura un'ora e venti minuti.

Decorso. - Fu apiretico. Clisteri nutrienti fin dal primo giorno. Al terzo giorno essendo l'ammalato molto abbattuto, si comincia con cognac e latte per bocca. Qualche rigurgito, qualche singhiozzo, ma non vomito. Dal 12° giorno in poi si somministrano giornalmente 3-4 uova, mezzo pollo, mezzo litro di vino, latte, pane, ecc. Ebbe nel primo mese ancora qualche vomito, che poi man mano cessò. L'appetito e digestione eccellenti. In pochi mesi acquistò 7-8 kg. in peso.

Visitato otto mesi dopo, lo stomaco è continente, si vuota in 5-6 ore di un pasto ordinario; l'esame dopo un pasto di Ewald dà HCl libero 1, 6 ‰.

OSSERVAZIONE II (Carle e Fantino, Caso 9°). — *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Piloroplastica - Guarigione.*

R. Domenico, d'anni 36, panettiere, di Grugliasco.

Da due anni circa soffre di disturbi gastrici, disappetenza, continue eruttazioni acide, peso all'epigastrio, poi vomito che compare 5-6 ore dopo il pasto. Il vomito si compone essenzialmente di sostanze liquide e non lascia nel faringe e nella cavità orale senso di bruciore e di sapore acido. Non si osservò mai sangue, nè colorito oscuro. Durante questo tempo ebbe anche stitichezza ostinata; fece parecchie cure e lavature gastriche, ma senza giovamento.

Esame. - Sviluppo scheletrico regolare. Dimagrimento notevole, muscoli flosci, mucose pallide, peso kg. 42.

Ventricolo dilatato, contiene circa 3 litri d'acqua e giunge colla grande curvatura a 6 cm. sopra il pube. Non si riesce a palpare nessun tumore neanche nella narcosi.

A digiuno si estraggono colla spremitura 750 cmc. di liquido torbido, di reazione acida, contenente esclusivamente HCl.

All'esame quantitativo si ha $\text{HCl} = 1,12 \text{ ‰}$. Lasciato il liquido a riposo, dà uno scarso sedimento in cui all'esame microscopico si trovano numerosi granuli d'amido, gocce di grasso, sostanze vegetali.

Le fibre muscolari sono digerite. L'ammalato la sera aveva mangiato uova, carne e minestra con legumi.

L'esame ripetuto per molti giorni dà quasi sempre lo stesso risultato, sia nella quantità di residuo, che nella reazione.

L'acido cloridrico a digiuno varia da 1,10 a 1,85 ‰. Un'ora dopo il pasto Ewald esclusivamente $\text{HCl} = 3.30 \text{ ‰}$.

2 Maggio 1892. - *Piloroplastica*. - Appena aperto il peritoneo, cade sott'occhio una briglia che dalla regione pilorica si dirige in alto e a destra per terminare al peritoneo parietale in corrispondenza del margine anteriore del fegato. È larga 3-4 cm., molto spessa e robusta e di consistenza fibrosa: certamente essa esiste da parecchi mesi. Per essa il piloro resta stirato un po' in alto, e ciò pare non entri come causa ultima della gastrectasia. Tutta la sierosa della regione pilorica è arrossata, ricoperta di membrane di antica data, aderenti al pancreas. I rapporti restano per tal modo un po' alterati, sicchè l'incisione non resta esattamente longitudinale, e ciò rende alquanto più lunga e laboriosa la sutura. Le pareti stomacali ipertrofiche. Il piloro è piuttosto fisso ed occupato da una durezza quasi a forma di anello, più esteso però sulla faccia anteriore verso lo stomaco.

A incisione fatta, si osserva che l'orificio era ristretto al punto da lasciar passare appena una penna d'oca. Nelle parti adiacenti della mucosa stomacale per breve tratto tessuto cicatriziale. Si vede che la stenosi è consecutiva ad antica ulcera. L'emorragia dei margini è scarsa, il tessuto abbastanza elastico, l'incisione lunga 5 cm. Sutura trasversale come al solito in 2 strati (sieromuscolare e sieroso con punti di seta staccati). A operazione finita (dura quasi ore 1 1/2) si constata che l'orificio lascia passare liberamente il pollice.

Diario. - L'ammalato è un po' abbattuto il primo giorno, ma si rialza con qualche iniezione di caffeina. Clisteri nutrienti fin dalla prima sera. All'8° giorno comincia a prendere cognac e zabaglione. Non ebbe neppure una volta vomito, nè dolori all'epigastrio. Decorso affatto regolare ed afebrile. Guarigione per prima.

Al 12° giorno l'ammalato mangia 8 uova, carne, pane.

A cominciare dal 16° giorno si constata, mediante ripetute lavature a digiuno e diverse ore dopo il pasto, che la digestione è ottima e completa.

A digiuno lo stomaco è vuoto o contiene scarso liquido chiaro con evidente reazione dell' HCl . Più nessuno dei disturbi per cui ricorse all'ospedale.

Il 22 luglio 1892 (80 giorni dopo l'operazione) ritorna all'ospedale per accondiscendere al nostro desiderio ed essere riesaminato.

Non ha più alcun disturbo gastrico e gode ottima salute. Il peso da 42 è salito a 52 kg.: aspetto florido, mucose rosse, pannicolo adiposo in giuste proporzioni. I limiti del ventricolo assai più ristretti. La grande curvatura giunge solo a 3 dita sotto l'ombelico. Capacità 2 litri.

Il liquido estratto tre ore dopo il pasto Leube contiene esclusivamente $\text{HCl} = 2 \text{ ‰}$. Sette ore dopo il pasto scarsi residui con intensa reazione di HCl . A digiuno poche gocce di liquido a reazione neutra.

Riveduto ancora molte volte. L'ultima volta il 14 marzo 1894.

Peso Kg. 56. Mangia di preferenza uova, carne, latte, però sovente anche verdura, formaggio, ecc. In questi casi sente un po' di peso all'epigastrio ed aiuta la digestione con bicarbonato di soda: però non ha mai eruttazioni, mai vomito. È sempre stitico.

Fece qualche lavatura in passato e constatò che svuotava sempre completamente lo stomaco nel periodo voluto.

Limiti del ventricolo. Grande curvatura giunge a 3-4 cm. sotto l'ombelico. Piccola curvatura 10 cm. sopra l'ombelico. In alto e a destra limiti normali. La regione pilorica è un po' dilatata. Capacità del ventricolo circa 2 litri.

HCl libero 2 per ‰ circa. Piloro continente.

OSSERVAZIONE III (Carle e Fantino, Caso 16^o). — *Stenosi cicatriziale da ulcera al piloro - Divulsione digilale Hahn - Guarigione.*

C. Giovanna, di anni 51, contadina, di Castelnuovo Calcea.

Da qualche anno ha dolori lombari, senso di peso allo stomaco e talora vomito delle sostanze ingerite. Da un anno il vomito è quasi quotidiano, due o tre ore dopo il pasto; parecchie volte vomito color posatura di caffè. Dolori forti gravativi all'epigastrio, stipsi ostinatissima, grande dimagrimento, peso 43 kg.

Ventricolo prolassato. La piccola curva sulla linea mediana è a livello della cicatrice ombellicale, la grande discende fino alla linea passante per le spine iliache antero-superiori. A destra della linea mediana, 3-4 cm. sopra l'ombelico, si palpa una tumefazione non ben definita, leggermente dolente.

L'esame del contenuto gastrico a digiuno e nelle diverse ore della digestione dimostra la presenza di HCl libero, ma sempre in scarsa quantità; raramente è mancante. Lo stomaco non si vuota che con difficoltà e lentezza. Sette o otto ore dopo il pasto contiene ancora residui alimentari sebbene scarsi.

Durante il soggiorno di 15 giorni in ospedale ha migliorato nelle digestioni: tuttavia durante una di queste si ha emorragia, sebbene non abbondante. Questa circostanza, unita alla scarsezza dell'HCl, al vomito, al tumore indefinito che si sente alla regione pilorica, ci fa sospettare un carcinoma e ci persuade all'operazione malgrado il miglioramento apparente.

21 Settembre 1893. - *Laparotomia*. - Il fegato è abbassato, il lobo sinistro forma una lingua che spingendosi in basso ricopre il piloro. La resistenza all'epigastrio era data da questo lobo. Lo stomaco ha pareti sottili, non è dilatato, però l'antro prepilorico discende in basso floscio come una borsa.

Vicino al piloro, sulla faccia posteriore dello stomaco, notasi sulla sierosa una cicatrice stellata di aspetto analogo alle cicatrici sifilitiche cioè con fondo depresso, duro, fibroso, molto bianco, dalla quale partono molti raggi cicatriziali. È larga quasi un soldo, non ispessita, con qualche aderenza al pancreas. La sierosa intorno punto arrossata.

Non esistono ganglii. Si vede trattarsi di ulcera e -non di carcinoma.

L'anello pilorico punto ristretto lascia passare liberamente l'indice. Non potendo esportare l'ulcera, causa la sua posizione e le aderenze, ci limitiamo alla divulsione digitale, persuasi che sfiancato lo sfintere pilorico cessi lo spasmo e quindi la distensione, e si ottenga la guarigione dell'ulcera.

Decorso. - I fatti si succedettero precisamente come si supponeva. L'ammalata guarì benissimo: non ebbe più vomito, nè gastralgie, e neppure ematemesi nè melena. In seguito, facendo uso di cibi grossolani, ebbe ancora qualche dolore con vomito, però ebbe grande beneficio dall'operazione, come risulta dalla seguente lettera del dott. Dova:

« Digerisce bene, non ha vomiti, nè dolori, se mangia pane, grissini, latte, uova, minestre al brodo, ecc.: i legumi, la polenta, provocano talora fenomeni dolorifici e vomito. L'ammalata assicura essere aumentata del doppio in peso, ed è assai contenta della felice e insperata riuscita dell'operazione ».

OSSERVAZIONE IV (Carle e Fantino. Caso 18°). — *Stenosi cicatriziale del piloro con ulcera. Gastro-enterostomia Wölfler. Guarigione.*

R. Giuseppa, d'anni 23, sarta, Torino.

Nessuna malattia prima della presente, che data da 2 anni circa ed è essenzialmente caratterizzata da inappetenza, eruttazioni acide, gastralgie, vomito di ingesti, deperimento generale.

Le gastralgie sono frequenti e violente; sopravvengono raramente a digiuno, per lo più dopo il pasto e sono seguite da vomito. Talora l'ammalata osservò che le materie avevano tinta caffèana. Il dolore ora muto, ora perforante, è localizzato dapprima all'epigastrio e ipocondrio destro; si irradia in seguito a tutto l'addome e cessa col vomito.

Il deperimento è molto considerevole; da 72 kg. l'ammalata è discesa a 45. Ricoverò in parecchi ospedali dove, sottoposta a cure mediche, lavature, dieta rigorosa, n'ebbe sempre qualche vantaggio. Sospese però le lavature, ricominciavano i disturbi gastrici, vomito e gastralgie. Nell'agosto del 1892 rientra all'ospedale Mauriziano.

Esame. - Deperimento e anemia spiccatissima. Addome sporgente nella regione ombelicale, guazzamento anche al mattino a digiuno al di sotto dell'ombelico. Il ventricolo tollera l'introduzione di quasi 3 litri d'acqua e discende fino a 4 dita sopra il pube.

Esame del contenuto gastrico. - 14 ore dopo il pasto, previa lavatura, lo stomaco contiene ancora metà delle sostanze ingerite. Intensa la reazione di Günzburg, evidente quella di Uffelmann.

Un'ora dopo il pasto di Ewald $\text{HCl} = 3,25 \text{ ‰}$.

Al mattino a digiuno si estraggono circa 150 gr. di liquido torbido giallognolo, contenente esclusivamente $\text{HCl} = 2 \text{ ‰}$. Il liquido ha proprietà digestive. L' HCl si trova costantemente e in quantità esagerata.

Si sottopone ancora una volta l'ammalata a cura medica: due lavature al giorno prima del pasto con soluzione di bicarbonato sodico; bevande alcaline, atropina o cocaina e morfina; dieta, latte e uova. Si ottiene un miglioramento temporaneo che cessa immediatamente con la sospensione delle lavature.

Il 29 agosto gastralgie violente e vomito color caffè.

Il 30 agosto idem, per cui passa alla Sezione chirurgica.

1 Settembre 1892 - *Operazione.* - Lo stomaco molto dilatato, pareti fortemente ispessite. Sulla parete anteriore, proprio vicino al piloro, una cicatrice biancastra stellata, depressa e dura sulla superficie sierosa. Tutta la regione pilorica occupata da un indurimento punto cedente a forma di anello lungo 5-6 centimetri sulla parete posteriore, 2-3 centimetri sulla anteriore. Esistono estese aderenze ai tessuti circostanti, per modo che l'orientarsi sui rapporti è molto difficile. La sierosa è arrossata; l'apertura pilorica, giudicata dall'esterno, piccolissima. La prima porzione del duodeno pare invasa e dura, il duodeno fisso, punto spostabile in avanti. Non si sentono gangli ingrossati. Essendo una piloroplastica impossibile, stante la estensione e gravità dell'indurimento, la plorectomia difficile perchè il piloro aderente

al pancreas e altri organi circostanti, e quindi poco spostabile, si ricorre alla gastro-enterostomia di Wölfler, attenendosi nelle manualità alle modificazioni (circa l'applicazione preventiva dei fili) già adottate nelle ultime gastro-enterostomie.

I margini incisi sanguinano con facilità e prolungano di molto l'operazione, che contrariamente al solito dura un'ora e un quarto.

Decorso. - Sempre apiretico. Clisteri nutrienti fin dal primo giorno. Al quarto si permette per bocca una tazza di latte e cognac; quinto giorno: idem. Per la prima volta ha dolori e sforzi di vomito; per cui si sospende il latte. All'ottavo giorno si riprende la nutrizione per bocca con latte e uova e si continua bene fino al 18°, in cui l'ammalata avendo, contro la prescrizione, mangiato del pane, ha forti dolori e vomiti abbondanti. Al 24° giorno, introdotta la sonda per la lavatura, ne esce un litro e mezzo di liquido bruno verdastro; con queste lavature si continua in seguito e l'ammalata esce migliorata dall'ospedale.

Lo svuotamento però dello stomaco non è mai completo. A intervalli ha i soliti dolori e vomiti.

Nel dicembre ritorna all'ospedale.

Esame del contenuto un'ora dopo un pasto di Ewald: HCl libero = 1,20 ‰. Malgrado due mesi di cura, di tanto in tanto ha ancora vomito.

Non ebbe più vomito caffeeano, il che lascia supporre la guarigione dell'ulcera.

Riveduta ed esaminata in Febbraio 1897 (quattro anni e mezzo dopo), sta benissimo. A cominciare dal terzo mese non ebbe più vomito. Aumentò considerevolmente di peso. Mangia e digerisce qualunque cibo. Sovente però rigurgito di bile caratterizzato da un sapore amaro. Si sente in forze. Pesa Kg. 59.

Stomaco a 3 cm. sopra il bellico. Si vuota rapidamente. HCl libero = 0,43 ‰ due ore dopo il pasto.

OSSERVAZIONE V (Carle e Fantino, Caso 19°). — *Ulcerà penetrante nel fegato con stenosi del piloro - Gastro-enterostomia anteriore col processo Bastianelli - Morte.*

G. Achille, d'anni 27. verniciatore, di Torino.

Da oltre un anno soffre di disturbi gastrici consistenti in senso di peso all'epigastrio, cattive digestioni, eruttazioni acide, vomiti molto abbondanti a intervalli di 12-48 ore, preceduti da dolori che dall'ombelico s'irradiavano ai lombi. Pare abbia avuto qualche vomito caffeeano. Questi sintomi si attenuavano alquanto con la

dieta lattea, ma malgrado la permanenza di parecchi mesi in ospedale e molteplici cure mediche, la malattia andò sempre aggravandosi. Al presente i dolori sono quasi continui e l'ammalato si nutre con ripugnanza. Si danno clisteri nutrienti.

Il paziente è notevolmente dimagrato e morfinista. Polso molto debole, non ittero. Lo stomaco dilatato arriva a 4 dita sotto l'ombelico: si contrae molto energicamente sotto gli stimoli meccanici. Nella narecsi si palpa con molta difficoltà un tumore sulla linea parasternale destra sotto il fegato. Non si riesce a spostarlo. Nel contenuto gastrico 2-3 ore dopo il pasto tracce di HCl, molto acido lattico.

22 Maggio 1894. Taglio a $\perp$ all'epigastrio. Si scopre un tumore grosso come un uovo di gallina che occupa la regione pilorica della piccola curva, infiltra l'epiploon gastro-epatico e aderisce al fegato. Date queste aderenze, si rinunzia alla pilorectomia e si fa una gastro-enteroanastomosi.

Il punto prescelto è, sullo stomaco, alla faccia anteriore, vicino al grande omento, sul digiuno, a 50 cm. circa dalla sua origine avendo cura di dirigere l'ansa da sinistra a destra. Fatta la sutura posteriore a soprappiglio con seta, invece d'incidere col bisturi le pareti dei visceri a contatto, si segue il recente processo consigliato da Bastianelli di produrre col termocauterio un'escara, a tutto spessore, la quale impedisce temporaneamente l'uscita di liquidi e quindi garantisce dall'infezione, mentre cadendo poi nei giorni successivi, stabilisce il nuovo passaggio ai cibi. Per impedire la ustione dal calore raggianti sui margini, si coprono questi accuratamente con compresse e si allontana e avvicina ripetutamente il termocauterio. Sutura anteriore a due strati, affondamento e sutura a 3 strati delle pareti.

Decorso. - Clisteri nutrienti. Nei 3 primi giorni la temperatura raggiunge i 38°-38°,2: polso 90-95. L'ammalato, dapprima tranquillo senza dolori e senza vomito, al 3° giorno, sebbene non abbia ancora ingerito nulla, ha vomito abbondante senza gravi sforzi. Il liquido emesso è nerastro, composto precipuamente di sangue alterato. Il vomito continua nei giorni quarto e quinto: l'ammalato è molto abbattuto e per la prima volta (quinto giorno) gli si somministra un po' di cognac e latte per bocca. Al sesto giorno continua vomito bilioso e nerastro. Lavatura gastrica; ne viene fuori una materia nerastra fetidissima, con bile. Polso molto frequente 130-140, non ha febbre, nè dolori, ne meteorismo.

Alla sera l'ammalato muore.

Autopsia (Dott. Carbone). - Nessuna traccia di peritonite: la sierosa dappertutto liscia e lucente, le anse quasi vuote. La sutura gastro-intestinale ha tenuto benissimo; vi è aderenza completa; non si vedono più i fili, meno alcuni più esterni alla parete infe-

riore. La sierosa circostante presenta appena visibili tracce di reazione. L'intestino, nel tratto che va dal piloro alla gastro-enteroanastomosi, lungo 60 cm. circa, è molto dilatato, mentre da questo punto in giù è vuoto e floscio. L'ansa afferente e l'efferente sono debolmente aderenti fra loro per un tratto di 10 cm. Queste aderenze fibrinose si lacerano con facilità; non esistono altre aderenze nè delle anse intestinali fra di loro, nè col grande omento, nè col peritoneo parietale. Neppure una goccia di liquido. Lo stomaco non è molto dilatato. Lo si apre e vi si trova 1 litro e 1/2 circa di liquido nerastro fetido, con bile e muco.

All'apertura fatta nello stomaco si vede che l'escara è caduta, lasciando un orificio circolare largo come una moneta da 5 centesimi; e l'escara dev'essere caduta ben presto, perchè il foro ha il bordo già levigato e duro. Nessuna traccia di necrosi attorno ad esso. Bisogna notare che, aperto lo stomaco, non si riusciva a vedere l'apertura lasciata dall'escara e neppure a trovarla a tutta prima anche premendo col dito, perchè il margine superiore di essa, era caduto in basso in modo da chiuderla come una valvola.

Al piloro si nota presso la piccola curvatura un'ulcera rotonda del diametro di 4-5 cm., che ha eroso il ventricolo e aderisce al fegato in cui si approfonda come un cratere per 1 cm. circa. All'intorno esiste neoformazione di connettivo giovane, che prende l'aspetto di un tumore. La natura connettiva del tumore è dimostrata al microscopio.

Il piloro è permeabile quasi a due dita; però le pareti essendo rigide e la porzione vicina del ventricolo piegata ad angolo acuto e stirata in alto, si forma una specie di sperone che ostacola il passaggio del cibo. Questo ostacolo però non è assoluto. Mancano ingrossamenti gangliari.

Alcuni punti degni di nota in questo caso sono:

1. L'emorragia che non possiamo accertare se proveniente dall'ulcera nel fegato o dalla caduta dell'escara. E' più probabile la prima causa giacchè il fegato ulcerato sanguina con facilità grandissima; tuttavia il fatto può lasciare qualche prevenzione verso il metodo di Bastianelli.

2. Malgrado l'orificio in un punto declive non si verificò lo svuotamento dello stomaco, per la presenza della valvola sopracennata.

3. Lo sperone occludente il passaggio fra le due anse.

4. La presenza di un tumore associata all'ipocloridria, circostanze che a tutta prima imposero la diagnosi di cancro, e che solo l'esame microscopico dimostrò erronea.

OSSERVAZIONE VI (Carle e Fantino, Caso 21°). — *Stenosi cicatriziale del piloro da ulcera - Gastro-duodenostomia anteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

Annetta L., d'anni 37, agiata, Torino.

Da 14 anni soffre di disturbi gastro-intestinali consistenti in diarrea ostinata per periodi lunghissimi, dolori vaghi all'addome, specie dopo l'ingestione di cibo, eruttazioni acide, vomito abbondantissimo a intervalli di 2 a 4 giorni dapprima, poi quotidiano sete intensa, appetito conservato, anzi aumentato, gastralgie violente specie avanti il vomito. Nel lungo periodo di 14 anni fu sottoposta a *tutte le cure mediche* niuna forse eccettuata. Da queste e specie dalle lavature alcaline e con soluzione di nitrato di amile 1: 4000 ottenne dei miglioramenti passeggeri. Da parecchi anni le lavature sono diventate indispensabili.

Rilevo da un lavoro del dottore Sansoni che pubblicò il caso.

I cibi albuminosi producevano un certo sollievo nell'ammalata, i vegetali un'esacerbazione dei sintomi descritti. Molte volte fu osservato che la somministrazione d'acido cloridrico 2 ore circa dopo il pasto aggravava i fenomeni.

Si fa l'estrazione del contenuto stomacale sia a digiuno, sia a diverse ore dopo il pasto col metodo di Ewald della spremitura.

La quantità di liquido estratto è in qualunque caso abbondantissima. Sul principio si estrarono dallo stomaco anche a digiuno 2-3 litri di liquido. Nel contenuto molti residui alimentari, costituiti quasi totalmente da sostanze amilacee e da una grandissima quantità di *sarcina ventriculi* e di *torula cerevisiae*. Esaminando chimicamente il liquido, gli si riconosce una reazione acidissima (l'acidità oscillò fra 0,25 e 0,35 ‰) e una grandissima quantità di acido cloridrico, ricercato sia colle carte radunate, sia col metil-violetto, sia colla tropeolina, ecc. L'acido lattico (Uffelmann) manca, non però l'acido butirrico. Le analisi successive dei liquidi estratti sia a digiuno, sia dopo il pasto, ci dimostrano sempre una quantità grandissima di acido cloridrico e la mancanza di acido lattico.

In successivi esami molto numerosi, l'HCl si mostrò sempre a 2 ‰ a digiuno e raggiunse sovente fino il 5-6 ‰ nell'acme della digestione, come attesta il prof. Pescarolo che per molto tempo l'ebbe in cura (1).

(1) Questa proporzione di HCl è così eccessiva che taluni autori ne mettono in dubbio la possibilità. Appunto per questa circo-

L'ammalata è molto denutrita. Lo stomaco arriva a un dito sotto l'ombelico. Si contrae energicamente. Non si svuota mai completamente, anzi è scarsissima la quantità d'ingesti che oltrepassa il piloro. La fame e la sete sempre intense. Non si palpano tumori.

L'affezione fu considerata dapprima come malattia di Reichmann, con cui aveva comuni tutti i sintomi, salvo il vomito. Già questo vomito insistente, congiunto al fatto che il ventricolo *non si vuotava mai completamente*, giacchè a digiuno si ritrovarono sempre molti residui alimentari, doveva far nascere il sospetto di una stenosi.

Con questo concetto l'ammalata fu indirizzata all'ospedale per essere operata.

7 febbraio 1895. *Laparotomia mediana*. Stomaco dilatato e a pareti ipertrofiche.

Stenosi cicatriziale del piloro di alto grado. Il piloro costituisce un anello molto duro, e irregolare. Gangli ingrossati attorno ad esso.

Riuscendo molto facile l'avvicinare lo sfondato pilorico alla seconda porzione del duodeno, si pratica una *gastro-duodenostomia* col bottone n. 2 di Murphy avvicinando lo stomaco al primo tratto della seconda porzione del duodeno. L'operazione riesce con molta facilità e in meno di 15 minuti (sutura circolare di sicurezza). Il nuovo orifizio così costruito ha press' a poco la direzione del piloro stenosato.

Decorso. - Ottimo. Il bottone viene emesso al 20° giorno. Non provocò mai sintomi di occlusione, malgrado provocasse nel duodeno una dilatazione quasi forzata delle pareti, ciò che a tutta prima poteva lasciar dubbi sul suo passaggio nel primo tratto di intestino e attraverso la valvola ileocecale.

Al 15° giorno, dopo imprudenze dietetiche, ricomincia il vomito; esso si ripete abbondantissimo a intervalli di 2 o 3 giorni. Lo stato generale è migliorato, però non v'è guarigione, giacchè lo stomaco non riesce a vuotarsi completamente attraverso il nuovo orifizio.

Morte 20 mesi dopo per rottura del ventricolo, secondo il medico curante. In tutto il periodo trascorso lo stomaco non riuscì mai a vuotarsi completamente. Ogni 2 o 3 giorni, fa una lavatura; a questo modo il miglioramento è notevole, le forze aumentano, il peso del corpo pure. La dilatazione gastrica poco ridotta, giacchè la grande curva l'anno dopo arriva ancora a 6-7 cm. sotto il bellico. Soventi guazzamento; se però tiene un vitto rigoroso, lo stomaco si vuota quasi tutto.

stanza il Prof. Pescarolo ha raddoppiato di precisione negli esami ripetuti molte volte, talchè dobbiamo accogliere come certa la cifra di 5-6 ‰ di HCl.

L'ipercloridia non cessata, sebbene molto diminuita. Furono fatti 2 esami quantitativi: in uno l'HCl è 2,7 ‰, nell'altro 3,1 ‰ dopo pasto di Ewald.

OSSERVAZIONE VII (Carle e Fantino, Caso 23°). — *Stenosi cicatriziale del piloro da ulcera - Gastro-enterostomia Wölfler col bottone di Murphy - Guarigione.*

Andinetto F., d'anni 50, di Torino.

A 43 anni cominciò l'attuale malattia con difficoltà di digestione, crampi al ventricolo, pirosi, vomito a intervalli di 4-5 giorni, abbondante e preceduto da malessere e dolori che dopo scomparivano. Mai vomito sanguigno, appetito ben conservato, alvo regolare. Questi disturbi miglioravano e s'aggravavano a periodi. Negli ultimi erano divenuti assai più pronunciati malgrado le continue cure mediche. L'appetito è scemato. Deperimento e anemia. Lo stomaco disteso da gas giunge a 5 cm. sotto l'ombelico e a 8 cm. a destra della linea mediana, dimostrando così molto dilatato ed abbassato l'antro pilorico. Le pareti gastriche si contraggono in modo assai visibile all'esterno.

Nella lavatura dello stomaco a digiuno non si notano o assai scarsi i residui alimentari. Il liquido estratto ricco di HCl. Pasto di Ewald ed esame del contenuto dopo un'ora, HCl = 2,4 ‰.

14 Luglio 1895 - *Operazione.* Il piloro è ristretto, in modo da lasciar passare appena la punta del mignolo, da una cicatrice raggiata, bianca, lucente, soprattutto verso la parte superiore e anteriore. Si potrebbe assai bene praticare la piloroplastica; si decide tuttavia la gastro-enterostomia Wölfler, riuscendo essa in 12 minuti coll'uso del bottone medio di Murphy colle modificazioni già altrove accennate e con sutura di rinforzo.

Decorso. - Apirettico ed ottimo. Al quarto giorno marsala per bocca, poi latte e uova e infine cibi solidi. Tutto è ben tollerato. Mai vomito. Esce dall'ospedale al 27° giorno in buonissime condizioni. Il bottone non fu ancora evacuato e non provocò mai disturbi. L'alvo si svuota regolarmente tutti i giorni.

15 Maggio 1896. - Riveduto e riesaminato molte volte. Non restituì il bottone. Lo stomaco è continente anche alla distensione con gas. Arriva a due dita sopra il bellico. Si svuota regolarmente. Al mattino, e 3-4 ore dopo il pasto, è sempre vuoto. Un'ora dopo contiene quasi tutti gl'ingesti. HCl da 0,7 a 1,2 ‰. Sovente riflusso di bile. Le forze ed il peso aumentano. L'ammalato si dice completamente rinato.

OSSERVAZIONE VIII (Carle e Fantino, Caso 31°). — *Stomaco a bisaccia - Gastro-enterostomia anteriore col bottone di Murphy - Guarigione operatoria.*

G. Giovanna, d'anni 39, sarta, di Torino.

Mestruazioni dall'età di 18 anni sempre scarse, ma regolari. Ebbe 5 figli. Non fu mai ammalata, non soffersse mai di ventricolo fino al Gennaio 1890. Cominciò allora un dolore gravativo allo sterno, poi alla regione epigastrica, dolore che si fece poi intensissimo, specie durante la digestione, tanto da obbligare la paziente a stare rannicchiata.

Non mai vomito, appetito eccellente. All'epigastrio l'ammalata stessa sentiva un tumore molto doloroso al tatto, mobile.

Ricoverata all'ospedale fu confermata la presenza di questo tumore, mobile nell'inspirazione ed espirazione, duro, liscio, tondeggiante, molto dolente, situato subito sotto l'apofisi ensiforme dello sterno.

Riempiendo lo stomaco, il tumore non si palpa più; persiste però in corrispondenza di esso il dolore alla palpazione.

Dopo diversi pasti di prova si constata ipercloridria.

A digiuno lo stomaco è vuoto. Disteso da gas discende colla grande curva a qualche centimetro sotto l'ombelico.

Dati questi sintomi, la malattia fu diagnosticata e curata come ulcera gastrica.

Stette in ospedale circa due mesi, si sperimentarono innumerevoli cure e si ottenne notevole miglioramento.

Finalmente guarì e stette benissimo per circa due anni.

All'esame esiste notevole dilatazione; non si palpa più il tumore.

Al mattino a digiuno ancora scarsi residui. HCl libero in grandissima quantità dopo un pasto di prova Ewald.

Cura. Lavature gastriche, alcalini, purganti, morfina, cocaina, acqua di lauroceraso, stricnina, bromuro di potassio, ecc.

Dopo un mese esce come guarita.

Ricominciano le sofferenze in Luglio 1895; nausea, dolori, insoddisfazione di qualsiasi cibo, vomiti acidissimi qualche ora dopo il pasto e talora nella notte: deperimento spaventevole.

Si trova ancora notevole ectasia, ipercloridria (2,5-3 ‰ dopo pasti di Ewald) e una durezza all'epigastrio indefinita, che discende nei movimenti inspiratori.

A digiuno talora un litro di liquido, fetidissimo, con scarso HCl libero.

Nel fare la lavatura si nota talora che dopo il passaggio di

alcuni litri di acqua, questa esce perfettamente limpida e poi d'un tratto di nuovo assai sporca con molti detriti.

Il giorno prima dell'operazione esce colla lavatura anche sangue nerastro.

21 Settembre 1895 - *Laparotomia*. - Si trova uno stomaco a clesidra. Le due saccoccie sono situate l'una sopra l'altra, la superiore di volume quasi triplo dell'inferiore. La divisione è costituita da una cicatrice molto spessa, alquanto irregolare, che parte dalla piccola curvatura proprio a contatto del piloro, discende sulla faccia posteriore scostandosi man mano verso sinistra, e risale sulla faccia anteriore, di cui appena un piccolissimo tratto in alto appare sano. L'orifizio di comunicazione fra le due saccoccie pare lasci passare due o tre dita riunite. Esiste una forte torsione della saccoccia inferiore in alto e in avanti, per modo che il grande omento rimane anch'esso notevolmente spostato.

Non è possibile accertarsi se il piloro partecipi al processo di retrazione, perchè è fisso, con briglie peripiloriche, per modo che non si riesce a distinguere bene l'anello.

Si vorrebbe eseguire una plastica secondo il metodo di Heinecke-Mikulicz per stabilire un'ampia comunicazione tra le due saccoccie. Tuttavia tenendo conto che il fenomeno più imponente è il ristagno nella saccoccia inferiore, e nel dubbio esista quindi anche una stenosi pilorica, si eseguisce la gastro-enterostomia anteriore col bottone di Murphy n. 2, nel punto più declive dello stomaco.

A ciò siamo spinti anche dallo stato generale della paziente, che non permetterebbe un esame più accurato e un'operazione più lunga.

Decorso. - Ebbe vomiti per quasi tre giorni, molto abbattuta e agitata la notte. Polso 100-120, però non febbre. Comincia a rimettersi al quarto giorno; benessere, non più vomito. Guarigione per prima. Al decimo giorno tolti i punti. Clisteri nutrienti fin dal primo giorno. Nutrizione per bocca a cominciare dalla seconda settimana. Per alcuni giorni finchè ci limitiamo a scarsa nutrizione liquida tutto procede regolarmente. Poi digerisce bene anche minestrine di semola e carne di pollo, e l'operata sembra riprenda le forze e comincia ad alzarsi e si crede oramai guarita. Ma comincia a peggiorare non appena si intraprende la nutrizione ordinaria. Ricompare il vomito, e diarrea che non si riesce più a frenare in nessun modo nè con lavature, nè con rimedii. La diarrea aumenta tutti i giorni. Le scariche sono frequentissime, di un odore insopportabile. Fetentissimo anche il liquido di lavatura. L'odore è di carne putrefatta. Si vede evidentemente che la saccoccia inferiore non si vuota. Malgrado lavature quotidiane e tutte le cure, la paziente peggiora rapidamente, insorge una prostrazione gravissima, poi torpore e da ultimo coma dispeptico e morte al 45° giorno.

Autopsia. - Le aderenze dell'omento dopo l'operazione, e quelle già esistenti prima, inglobano i visceri in modo che è assai malagevole orizzontarsi.

La adesione fra i due visceri è perfetta.

L'orifizio lascia passare liberamente il pollice. Il bottone è nello stomaco.

Lo stringimento è in tutta vicinanza dell'anello pilorico. Anzi i due anelli partono da un punto unico in alto. A tutta prima l'anello della bisaccia è scambiato per il piloro in modo che la saccoccia inferiore appare come un enorme sacco pendente dalla prima porzione del duodeno: esaminando attentamente si riconosce l'errore. L'anello della bisaccia lascia passare due dita.

Il piloro è quasi altrettanto largo.

L'ostacolo allo svuotamento, quindi, dipendeva unicamente dalla sua posizione viziosa, in seguito alle aderenze e retrazione della cicatrice della bisaccia, e più ancora, forse, da impossibilità della saccoccia inferiore a contrarsi. Per questo ristagno nella saccoccia inferiore ricominciarono le fermentazioni putride e la paziente morì coi sintomi di coma dispeptico.

OSSERVAZIONE IX (Carle e Fantino, Caso 24°). — *Stenosi cicatriziale del piloro da ulcera - Gastro-enterostomia Wölfler col bottone di Murphy - Guarigione.*

M. Achille, d'anni 28, decoratore, di Torino.

I disturbi gastrici datano solo da 3 o 4 mesi e consistono in pirosi, eruttazioni acide, senso di gonfiore all'epigastrio, nausea e talora vomito 4-5 ore dopo il pasto. È piuttosto deperito e fortemente anemico.

Ventricolo. - Guazzamento a digiuno nella regione ombelicale. Il ventricolo eccitato si contrae energicamente. La capacità è di 2500 cmc. La grande curva discende a 4-5 cm. sotto l'ombelico.

Venti ore dopo l'ultimo pasto si trovano ancora molti residui alimentari; filtrato a reazione acidissima. Negativa la prova di Günzburg, evidentissima quella di Uffelmann.

Due ore dopo un pasto di Ewald manca pure l'HCl, evidente l'acido lattico.

Cinque ore dopo il pasto, le stesse reazioni che dimostrano la assenza costante dell'HCl.

23 Settembre 1895. - *Operazione.* La narcosi è mal tollerata e richiede durante l'operazione, malgrado sia breve (30 minuti), due iniezioni di caffeina. Il ventricolo è dilatato, le pareti sono molto spesse, specie al piloro, dove trovasi restringimento anulare cica-

triziale; la cicatrice è molto spessa e prodotta certamente da pregressa ulcera. Passa appena il mignolo.

La gastro-enterostomia anteriore si compie senza incidenti, salvo quelli della narcosi. Bottone medio di Murphy. Sutura di rinforzo.

Dopo l'operazione l'ammalato ha polso molto raro, 44-48 al minuto, ma forte. Si rialza però presto.

Decorso molto regolare, apiretico. Guarigione per prima.

Non ebbe mai dolori, nè vomito. La nutrizione per bocca comincia al 4° giorno.

Esami ripetuti della motilità, continenza e chimismo gastrico dal 30° al 40° giorno dopo l'operazione.

Il liquido estratto nelle diverse ore dopo il pasto è sempre fortemente colorato da bile. Vi è dunque un reflusso, sebbene non abbondante, nello stomaco.

Anche al mattino a digiuno colle diverse prove si estraggono da 50 a 100 cmc. di liquido torbido costituito quasi tutto da bile e muco.

Tre ore dopo una colazione di uova e latte al mattino, si estraggono ancora 60-70 cmc. di liquido torbido con resti di cibo.

Un'ora dopo il pasto di Ewald, 30-40 cmc. di liquido torbido, sempre colorato da bile.

Lo stomaco adunque si vuota quasi completamente. In tutti gli esami si trovano tracce di acido lattico. L'HCl libero sempre mancante. Il bottone non è uscito. Perduto poi di vista l'operato.

OSSERVAZIONE X (Carle e Fantino, Caso 25°). — *Stenosi cicatriziale del piloro da ulcera - Gastro-enterostomia Wölfler col bottone di Murphy - Guarigione.*

M. Quintino, di anni 49, di Borgofranco.

A 23 anni ebbe febbre intermittente. Da un anno incominciarono i disturbi gastrici, nausea, eruttazioni acide, dolori, vomito, stipsi ostinatissima. Da qualche mese il vomito si verifica ad ogni pasto, 2 o 3 ore dopo. È notevolmente deperito. Pesa kg. 52.

Ventricolo dilatato, contiene 2500 cmc. di liquido. Non si palpa alcun tumore. Diguazzamento evidente anche a digiuno. Movimenti peristaltici molto attivi, 15 ore dopo il pasto si estraggono ancora molti residui alimentari fetidissimi. Reazione di Günzburg evidentissima tanto a digiuno che nelle diverse ore della digestione. Dopo il pasto di Ewald HCl libero = 2,7 ‰.

8 Ottobre 1895 - Gastro-enterostomia Wölfler col bottone medio di Murphy. Lo stomaco non è molto dilatato, ma assai spesso.

L'antro prepilorico pende quasi a guisa di saeccoccia. Piloro fibroso, spessito fino ad un centimetro irregolarmente; lascia passare appena la punta del mignolo. Peripilorite con aderenze assai estese ed antiche.

Decorso. - Ottimo. Guarigione per prima. Non ebbe mai vomito. Però l'ingestione abbondante di cibi procura un senso di peso, uno stiramento nell'ipocondrio sinistro. Questo dolore che cominciò a farsi sentire fino dall'8° - 10° giorno continua ancora, sebbene non molto pronunciato, 2-3 mesi dopo.

Esame ripetuto dopo l'operazione. 31 Ottobre. Al mattino due ore dopo una tazza di caffè e latte si estraggono 800 cme. di liquido fortemente colorato di bile. Dosaggio HCl (col metodo di Mintz) = 1 ‰ circa. A digiuno si estraggono 500 cme. di liquido verdastro. Dopo varii pasti di prova di Ewald, di Boas, a diverse ore (2-5-7 ore dopo) si estrae dallo stomaco una quantità di liquido sempre maggiore a quella introdotta. Il liquido è costituito in moltissima parte da bile; costantemente si trova HCl libero da 0,8 a 1,8 ‰. Manca sempre l'acido lattico dopo i pasti di Boas con farina di Knorr, talora tracce dopo il pasto di Ewald.

Malgrado il reflusso abbondante di bile, lo stato generale è migliorato e l'appetito eccellente. L'acqua di lavatura non esce mai limpida, nonostante l'introduzione di 16-20 titri. Si direbbe che il reflusso di bile è continuo.

15 Maggio 1896. - Scrive che va divinamente bene e che tutti lo dicono un uomo risuscitato. Le forze sono cresciute e il peso aumenta a kg. 63,5. Non ha più il minimo dolore, nè vomito, quantunque sovente mangi insalata, cipolle, polenta, ecc.

30 Maggio 1896. - Esame ripetuto. Sempre reflusso di bile. Però a digiuno non si trovano più che 10-30-50 cme. di liquido colorato in verde; HCl libero 1-1,5 ‰ secondo le diverse ore della digestione. Stomaco verticale ancora dilatato; discende a 4 cm. sotto il bellico. Nuovo piloro continente, però non così bene come negli altri operati dopo lo stesso periodo. Il gas passa lentamente nell'intestino.

OSSERVAZIONE XI (Carle e Fantino, Caso 26°). — *Stenosi cicatriziale del piloro con peripilorite e gastrosuccorrea - Gastro-enterostomia v. Haëker col bottone di Murphy - Guarigione.*

M. Emilio, d'anni 38, tenente reali carabinieri, di Pinerolo.

La presente malattia data da 2 anni e iniziò con bruciori, eruttazioni acide, dolori al ventricolo, stitichezza, rari vomiti non pe-

riodici. I sintomi andarono gradatamente aggravandosi: i vomiti si fecero assai più frequenti, i dolori più vivi. Dimagrò notevolissimamente. Divenne irritabile e incapace al lavoro. Visitò quasi tutti i primarii clinici d'Italia che, vista l'inefficacia delle cure mediche, consigliarono l'operazione.

Il contenuto gastrico contiene sempre a digiuno e nelle diverse ore della digestione HCl in eccesso: 3-3,5 ‰. Al mattino si estrae quasi sempre 200-300 cmc. di liquido quasi limpido, tenue, non filante, color limonea, acidissimo per HCl. Gastrosuccorrea di Reichmann.

Il ventricolo discende fino all'ombelico; non si palpano tumori di sorta.

22 Dicembre 1895 - *Operazione*. La narcosi col cloroformio non è tollerata dal paziente, per cui si sospende, e si ricorre all'etere.

Si trovano aderenze del piloro e prima porzione del duodeno colla cistifellea, dal fondo della quale discende una membrana che ricopre le regioni sovraccennate e ne impedisce lo stiramento fuori del cavo addominale. Il piloro ristretto, ridotto ad un anello irregolare che lascia appena passare la punta del mignolo. Non essendo possibile la piloroplastica, si fa la gastro-enterostomia posteriore col bottone n. 2 di Murphy. Attorno al bottone sutura continua con seta. L'atto operativo dura 40 minuti.

Decorso regolare, salvo una bronchite diffusa provocata dalle inalazioni di etere. Al 5° giorno bevanda per bocca; all'8° uova, brodo, ecc.

Dopo l'operazione le condizioni digestive sono completamente cambiate. L'ammalato non ebbe più nessun vomito, nessun dolore, ha appetito straordinario, defecazione regolare, benessere non mai risentito da due anni.

Un mese dopo: A digiuno ventricolo quasi vuoto. Escono 10-15 cmc. di liquido con pochissimi detriti colorati in giallo, talora in verde da bile.

Tre o cinque ore dopo il pasto di prova lo stomaco è vuoto. Un'ora dopo il pasto contiene ancora più di metà degli ingesti. Lo stomaco dunque è continente e si svuota regolarmente. Quasi sempre però vi son tracce di bile. In quasi tutte le prove è scarso o mancante l'HCl; scarso acido lattico.

Dopo due mesi non è ancora uscito il bottone.

Riveduto moltissime volte. Nel Gennaio 1897, ripresentatosi all'ospedale per cura di una frattura, è aumentato di 31 kg. Stato floridissimo. Mangia e digerisce « anche il ferro », come egli dice. Lo stomaco è di volume normale. Le digestioni rapidissime. Sempre appetito.

Si rifiuta a sondaggi per altri esami.

Sta tuttora benissimo (1904).

OSSERVAZIONE XII (Carle e Fantino, Caso 28°). — *Stenosi cicatriziale del piloro da ulcera - Gastro-enterostomia v. Hacker col bottone di Murphy - Guarigione.*

A. Francesco, d'anni 57, scultore, di Torino.

Soffre da parecchi anni di disturbi gastrici, senso di peso, pirosi, dolori, talora vomito. Ricorse più volte agli ospedali riportandone colle cure mediche miglioramento passeggero. Da 1 mese i sintomi si fecero più gravi: senso di pienezza e di dolori al ventricolo, vomiti abbondanti ogni 3-4 giorni, anemia, deperimento e debolezza crescente.

Lo stomaco si contrae energicamente e discende 4 dita sotto il bellico. Non si palpano tumori. Peso 51 kg.

L'esame ripetuto del contenuto gastrico dimostra leggera ipercloridria (HCl 2.5-3 ‰). Impossibilità dello stomaco a vuotarsi, giacchè a digiuno trovansi sempre in grande quantità detriti alimentari malgrado le lavature.

25 Gennaio 1896. *Operazione.* Le pareti del ventricolo molto ispessite. Al piloro una massa anulare dura, cicatriziale, irregolare. Passa appena la punta del mignolo. Nessuna aderenza peripilorica. La gastro-enterostomia posteriore col bottone medio di Murphy si compie rapidamente in meno di mezz'ora.

Decorso apiretico. Guarigione per prima. La nutrizione per bocca si comincia come al solito al quinto giorno. Digestione facile; cessati i dolori, non più vomito, alvo regolare. Al nono giorno elimina una metà del bottone.

Al 16° giorno è già aumentato di 2-3 kg.

Esame delle funzioni digestive un mese dopo. - Dopo lavatura, pasto di prova Boas con farina Knorr, e spremitura dopo un'ora e un quarto, si ottengono 200 cme. di miscela (cioè una quantità equivalente all'ingesto) leggermente colorata da bile. HCl libero 1,6 ‰. Reazione di Uffelmann positiva. Lavatura dopo 5 ore dal pasto di prova dà subito acqua quasi limpida. A digiuno si estraggono 30-40 gm. di liquido torbido grigiastro talora colorato da bile, acido per HCl variante da 1,2 a 1,8 ‰.

Lo stomaco adunque è continente, e si svuota regolarmente. Vi è sovente riflusso di bile.

Riveduto il 15 Maggio 1896; stomaco a funzioni regolarissime, arriva a due dita sopra il bellico, continente anche a prova di gas.

1 Marzo 1897. - Sempre digestione ottima. Lo stomaco si svuota in meno di 4 ore dopo un pasto ordinario. HCl 1-1,5 ‰; non acido lattico. Perfettamente guarito.

OSSERVAZIONE XIII (Carle e Fantino, Caso 32°). — *Stenosi pilorica cicatriziale e peripilorite - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

S. Florinda, di 35 anni, lingerista.

Stette sempre bene fino al Gennaio 1896, in cui cominciò a notare disappetenza, eruttazioni, senso di peso, stitichezza, e da ultimo vomito, dapprima ogni 2-3 giorni, poi ogni giorno e 1-2 ore dopo ogni pasto. Il vomito non tanto acido, quanto piuttosto nauseante. Causa l'insufficiente nutrizione, presenta dimagrimento, anemia, e prostrazione notevolissima, che non valgono a migliorare le solite cure mediche e lavature proseguite senza effetto, per alcuni mesi.

Stomaco in ptosi e dilatato; discende a tre centimetri sotto il bellico, contiene quasi tre litri. Palpazione della regione pilorica dolorosa. Non si avvertono però tumori.

A digiuno lo stomaco contiene sempre abbondanti residui con intensa reazione di Günzburg.

Manca sempre la reazione di Uffelmann. Così nelle diverse ore della digestione. Dopo un pasto di Ewald, HCl libero 2,7 ‰.

12 Novembre 1896 - *Laparotomia mediana*. - Stomaco assai dilatato, assai ipertrofico: al piloro a tutta prima pare sentire un tumore, ma questo è dato da ispessimento peripilorico e larghe e fitte aderenze al pancreas, al grande omento e altri organi vicini.

La piloroplastica sarebbe impossibile, tanta è la fissità del piloro e le aderenze. Il lume pilorico lascia ancora passare il mignolo. L'ostacolo quindi è in parte conseguenza della fissità e inelasticità dell'anello.

Gastro-enterostomia posteriore col n. 3 del bottone di Murphy. I margini non sanguinano. Solita sutura di rinforzo con seta. L'operazione dura 25 minuti.

Decorso. - Buonissimo. Piccolo ascesso all'angolo inferiore della ferita, da cui esce fuori la sutura di seta. - Clisteri nutrienti subito, ben tollerati. Nutrizione per bocca dall'8° giorno. Non ebbe mai vomito, nè altri disturbi digestivi.

Al 20° giorno si estrae a digiuno, colla sonda, circa 100 cmc. di liquido torbido, colorito in giallo-verde da bile. Non contiene residui alimentari di sorta. HCl libero 1,4 ‰. Ciò si ripete presso a poco tutti i giorni.

Due ore dopo un pasto di Ewald si estrae appena un terzo della quantità ingerita, colorita da bile. HCl libero 1,5 ‰. Manca l'acido lattico.

1 Febbraio 1897 - È aumentata in meno di cinque mesi di

11 Kg. (da 43 a 54). Digerisce qualunque cibo, non ha mai dolori, nè eruttazioni. È sempre affamata, e dice che mangia per due.

Lo stomaco si è assai ristretto; la grande curva è salita a 2-3 cm. sopra il bellico. Dilatato da gas, si mostra continente. Però il nuovo piloro si dilata ogni 20-30 secondi e avviene una fuga di gas.

La continenza è anche dimostrata dal fatto che un'ora dopo l'ingestione di un novo nel caffè, questo si trova ancora quasi tutto nel ventricolo.

Non si trova in questo liquido HCl. Forte quantità di bile.

Dopo 5 ore da un pasto ordinario non si trovano più che pochi cmc. di liquido torbido colorato intensamente in verde. In questo, l'HCl libero è 0,72 °₀₀.

Il rigurgito di bile vi è sempre.

Il bottone non fu visto uscire, per quanto finora l'operata abbia sempre osservato le sue feci.

OSSERVAZIONE XIV (Carle e Fantino, Caso 37°). — *Ulcera gastrica con perigastrite. Stenosi pilorica e peripilorite. Ascenso della cistifellea e pericolecistite, perigastrite e periepatite. Colecistotomia - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

C. Giovanni, d'anni 28, scalpellino.

Nulla di notevole nei precedenti.

Tre anni sono, cominciò a notare pirosi forte che insorgeva tutti i giorni quattro o cinque ore dopo il pasto. Ottenne con cure mediche qualche miglioramento, ma non guarigione. Otto mesi fa insorse il vomito 1-2 ore dopo il pasto, tutti i giorni. Sovente nel vomito bile e strie di sangue, e spesso notevoli quantità di sangue (liquido nerastro). 20 giorni prima dell'ingresso in ospedale fu colto da vivissimo dolore alla regione epigastrica, estendentesi a tutta la regione laterale e posteriore del torace destro, ed esacerbantesi 2-3 ore dopo l'ingestione di cibi.

Qualche giorno dopo si manifestò ittero assai intenso. L'ammalato è molto stitico, vomita spesso sostanze di 2-3 giorni prima. Anoressia da un anno e mezzo.

Esame - Colorito fortemente itterico; dimagrimento notevolissimo, polso assai raro; ammalato apatico e prostrato.

Addome tesò. Si palpa all'epigastrio una resistenza indolente che si estende ai due lati della linea mediana.

Lo stomaco non è dilatato. Nel vomito si trova quasi sempre sangue. L'esame colla sonda si evita, stante le emorragie e lo stato grave del paziente.

22 Maggio 1897. - La diagnosi è di ulcera del duodeno approfondantesi nel fegato. Così si spiegano le emorragie persistenti, il vomito bilioso frequente e la peripilorite causa di stenosi. Si incide però un po' a destra della linea mediana sulla cistifellea, che pare rigonfia, aderente alle pareti.

Si apre un ascesso che pare provenga dalla cistifellea; tutti i tessuti interni sono infiltrati e aderenti.

Da questo punto è impossibile procedere; d'altra parte il paziente minaccia di morire per emorragia e inanizione se non si procura uno sbocco allo stomaco. Perciò si zaffa la cavità ascessuale, si isola accuratamente e si fa un'altra incisione sulla linea mediana.

Il fegato è aderente per tutta la sua superficie alla parete anteriore, colla superficie inferiore aderisce allo stomaco.

Aderenze del piloro al fegato, all'omento, alla vescichetta biliare.

Lo stomaco è retratto. A stento si riesce a mettere allo scoperto un piccolo tratto della sua faccia posteriore vicino alla grande curva. Si fissa con due punti secondo il solito e si fa l'anastomosi col bottone n. 3 cominciando dall'intestino. Nulla a carico del duodeno.

L'operazione procede benissimo ed è tollerata meglio di quanto supposevasi.

Decorso. - Fu dei più soddisfacenti. Qualche vomito da cloriformio in prima giornata. Polso sempre buono e regolare. Non febbre, non sintomi di irritazione peritoneale. Comincia la nutrizione per bocca al terzo giorno. Al quinto e sesto giorno ebbe qualche vomito e senso di peso; probabilmente ciò dipende dalla difficoltà di passaggio attraverso il bottone che è ancora in sito. Difatti, dopo, il vomito cessa. L'operato digerisce benissimo ed ha molto appetito.

Al 12° giorno l'esame colla sonda 4 ore dopo un pasto Leube dimostra lo stomaco vuoto. Nelle poche gocce estratte, manca l'HCl libero. Tre ore dopo lo stesso pasto, si estrae circa 100 cmc. di poltiglia leggermente colorata in giallo. HCl appena tracce.

Le colture del pus hanno sviluppato il diplococco di Fränkel.

20° giorno. Continua sempre l'itterizia, sebbene meno intensa; nel contenuto gastrico non vi è mai bile; le feci grigiastre, dal che si vede che finora le vie biliari sono ancora ostruite. Però ha molto appetito e digerisce bene, salvo 1-2 volte che ebbe ancora vomito. Il liquido estratto è sempre di color vinoso tenue.

A digiuno: Estratto 200 cmc. di liquido torbido, HCl = 1,9 ‰. Acido lattico assente. Si vede che il ventricolo non si svuota sempre bene. Altre volte è vuoto dopo poche ore dal pasto. Si lagna di qualche dolore. Un'ora dopo una minestra di farina d'avena Knorr, HCl libero 0,85 ‰. Acido lattico assente.

OSSERVAZIONE XV (Carle e Fantino, Caso 36°). — *Stomaco a clessidra - Stenosi pilorica cicatriziale con peripilorite. Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

C. Luigi, di anni 25, tessitore.

Incominciò fin dall'età di 15 anni a soffrire di stomaco: dolori, senso di bruciore e oppressione, eruttazioni molto acide, talora vomito. Questi sintomi andarono progressivamente aggravandosi; il vomito da anni è quotidiano e acido, i dolori così forti che sovente gli impediscono il sonno.

Ha raggiunto un dimagrimento spaventoso, pesa kg. 28,50.

Alla palpazione si provoca un forte rumore di guazzamento fin quasi al pube.

Lo stomaco durante l'esame si contrae violentemente e si vede che discende in basso fino a pochi cm. dal pube.

Al mattino a digiuno si estraggono 500-1000 cmc. di residui alimentari. Viva reazione dell'HCl. Mancano acido lattico e peptoni. Acidità totale 3,04 ‰.

23 Maggio 1897. *Laparotomia.* - Lo stomaco è straordinariamente dilatato e offre nel suo tratto medio un restringimento anulare che lo divide in due bisacce. La comunicazione tra le due parti è però molto ampia, cosicchè non si può dire uno stomaco a bisaccia tipico, in quanto che il restringimento accennato non può provocare fenomeni patologici.

Il piloro è fisso, duro, fibroso, irregolare, con peripilorite.

Gastro-enterostomia posteriore col terzo bottone di Murphy. Lo stomaco per negligenza non era stato svuotato e contiene circa 1 litro di liquido nerastro con molti residui. Ciò rende alquanto malagevole l'operazione, giacchè, appena aperto lo stomaco, il liquido tende ad uscire, anzi escono alcune gocce che cadono sulla sierosa.

Il resto dell'operazione procede al solito.

Decorso. - Ottimo. Nessun fenomeno reattivo, malgrado l'uscita di liquido. Non febbre, nè dolori. Guarigione per prima. Al quinto giorno nutrizione per bocca, ben tollerata. All'ottavo giorno, prima estrazione del contenuto dopo 3 ore dal pasto: appena 100 gr. di liquido poltiglioso con tracce di HCl.

Dopo 4 ore da un pasto ordinario, lo stomaco è quasi vuoto. Il poco residuo estratto è privo di HCl libero. Non si nota in questi due casi reflusso di bile.

15° giorno. - Tre ore dopo il pasto ordinario, 50-60 cmc. di poltiglia con HCl libero = 4,83 ‰. Dopo 20 giorni il bottone non era ancora uscito.

OSSERVAZIONE XVI (Carle e Fantino. Caso 38°). — *Stenosi pilorica cicatriziale con peripilorite - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

R. Carlo, d'anni 34. scrivano, di Torino.

All'età di 13 anni ebbe, secondo diagnosi del prof. Grocco, ulcera gastrica che produsse gravissimi disturbi digestivi fino a 21 anni. Ne guarì poi spontaneamente. Soffersse però frequentemente a periodi diversi di dispepsia. Da circa un mese ha forte pirosi; specie dopo il pasto, senso di peso e dolori all'epigastrio, alternative di diarrea e stipsi.

Qualche volta ebbe vomito bilioso. L'appetito sempre buono. Ricoverò già 10-12 volte in ospedale senza averne mai guarigione definitiva.

Esame. - E' molto dimagrato. Il ventricolo discende colla grande curva a 3 cm. sotto il bellico. Senso di guazzamento anche 8 ore dopo il pasto.

A digiuno però il ventricolo in genere è vuoto, talora invece scarsi residui con debole reazione cloridrica; altre volte, 600-700 cmc. di liquido torbido con HCl libero 1,8 ‰. Tre ore dopo il pasto Leube, HCl libero 1,2-2 ‰. Non si trova mai acido lattico. Non si palpano tumori.

8 Giugno 1897. - *Laparotomia.* Stomaco assai disteso, pareti straordinariamente spesse. Piloro fisso in alto, duro, irregolare, lascia passare appena la punta del mignolo. Aderenze peripiloriche estese.

Gastro-enterostomia posteriore col bottone n. 3 di Murphy. Si escide un ovale di mucosa per l'esame. L'operazione dura meno di 15 minuti. Solita sutura circolare di rinforzo, inglobandovi talora il mesenterio.

Decorso. - Ottimo. Guarigione per prima, nessuna traccia di irritazione peritoneale. Clisteri nutrienti fin dal primo giorno. Nutrizione per bocca al terzo giorno. È benissimo tollerata; molto appetito. Ottavo giorno estrazione a digiuno di 200 cmc. tutta bile e muco. HCl assente. Acido lattico assente. Un'ora dopo una minestra di farina avena Knorr: HCl = 0,83 ‰. Acido lattico assente.

Dodicesimo giorno. Non ancora uscito il bottone.

OSSERVAZIONE XVII (Carle e Fantino, Caso 39^a). — *Stenosi pilorica cicatriziale con peripilorite - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

R. Giacomo, di anni 39, tipografo, di Torino.

Tre anni fa ebbe febbri malariche: 5-6 mesi dopo, digestioni difficili, eruttazioni acide, dolori, vomito 1-2 ore dopo il pasto, stipsi ostinata. Fece cura di acque purgative e migliorò. I disturbi però ricomparvero e si esacerbano a periodi irregolari. Da due mesi ha dolori assai più vivi, vomito acidissimo tutti i giorni, specie se ingerisce sostanze solide.

Ha un dolore fortissimo alla regione ipocondriaca destra sotto l'arco costale. Stitichezza assai ostinata, che dura talora 10-15 giorni. Ha buon appetito.

Esame. - È abbastanza nutrito, malgrado il vomito diuturno. Ventricolo contiene quasi tre litri di liquido. Distinto guazzamento a tutte le ore, anche al mattino a digiuno.

Difatti a digiuno si estraggono sempre, se non si fa lavatura il giorno prima, 1500-2000 cmc. di liquido assai torbido, fetentissimo. Manca l'acido lattico. HCl libero varia assai; talora quasi mancante, talora oltrepassa il 3 ‰ anche con lavatura fatta alla sera.

Dopo un pasto di Ewald, l'HCl libero è a 1,8 ‰. Due altre volte è 1,10-1,20 ‰. Dopo un'ora da un pasto di farina Knorr, si trova HCl 0,8 ‰.

Si osserva ancora che quando l'HCl libero è scarso, quasi sempre è evidentissima la reazione dell'acido lattico, e viceversa.

Il fatto che, malgrado la lavatura di 10-12 litri fatta alla sera e il digiuno della notte, si estraggono al mattino talora 500-600 cmc. di liquido giallo intenso misto a un po' di muco con HCl libero 3 ‰, farebbe propendere per una forma di gastrosuccorrea di Reichmann.

8 Giugno 1897. - *Laparotomia.* - Al piloro segni evidenti di fenomeni infiammatorii. Piloro ristretto, alquanto irregolare per tessuto cicatriziale, duro; peripilorite ridotta a poche briglie assai antiche. Stomaco dilatato, ipertrofico.

Gastro-enterostomia posteriore col bottone n. 3 di Murphy in circa 10 minuti. Sutura di rinforzo.

Decorso. - Normalissimo, senza febbre, senza dolori; guarigione per prima. Nutrizione per bocca fin dal terzo giorno. Ottavo giorno: sta ottimamente, digerisce benissimo.

A digiuno: estrazione di 150 cmc. tutta bile e muco. HCl assente, acido lattico assente. Un'ora dopo una minestrina d'avena Knorr,

previa lavatura. poltiglia colorata fortemente da bile. HCl assente. Acido lattico assente. Si noti che l'HCl saliva talora a 3 ‰. Dodicesimo giorno: non ancora uscito il bottone.

OSSERVAZIONE XVIII (Carle e Fantino, Caso 40°). — *Stenosi pilorica cicatriziale con peripilorite - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

A. Antonio, di anni 44, contadino, di Portula.

Disturbi gastrici gravi fin dal 1892. Ebbe allora vomito caffeano, che più non ricomparve. Ma soffersse sempre; non ebbe quasi mai digestione regolare.

Ricoverò parecchie volte nel nostro ospedale; non uscì mai guarito, però migliorato.

Lavature gastriche ne fece a centinaia; il vomito è frequentissimo. Fin dallo scorso anno fu diagnosticata una stenosi pilorica e proposta l'operazione, che l'ammalato rifiutò.

Esame: Ora è ridotto ad un grado di emaciazione spaventosa. E' istupidito dalla intossicazione cronica e non potrebbe forse più resistere che pochi giorni. L'urgenza di un intervento è perciò evidente, giacchè il paziente non digerisce più nulla.

Il ventricolo scende a 7-8 centimetri sotto il bellico e si contrae energicamente. Senso di guazzamento sempre. A digiuno si estraggono 1-2 litri di liquido poltiglioso di odore acre. L'HCl libero varia da 0,6 a 1 ‰. Acido lattico piuttosto abbondante. Lavatura e pasto di prova Leube: dopo 4 ore. HCl 1.10 ‰; ancora acido lattico.

8 Giugno 1897 - *Laparotomia.* - La cloronarcosi è assai male tollerata. A un certo punto si sospende il respiro e poi il polso. Respirazione artificiale per oltre 10 minuti, dopo di che l'ammalato si ripiglia e continua l'operazione.

Attorno al piloro esistono briglie connettivali, opacamenti biancastri della sierosa. L'anello pilorico è stretto e fisso con una cicatrice ben evidente. Ventricolo piuttosto dilatato ed ipertrofico. Non ganglii.

Anastomosi posteriore rapida col metodo solito, senza inconvenienti; si ricopre quasi tutta la linea di sutura col mesenterio, che si presta benissimo.

Decorso. - Buonissimo, malgrado che l'ammalato sia di carattere assai irrequieto. Sin dal secondo giorno si comincia la nutrizione per bocca con cognac e poi latte.

9° giorno: appetito straordinario, digerisce benissimo; non ha ancora emesso il bottone.

A digiuno si estraggono due emc. di bile e muco. Non residui alimentari, HCl assente, acido lattico assente. Un'ora dopo un pasto di farina Knorr, 150 emc. di poltiglia fortissimamente colorata da bile. HCl 0,38 ‰; acido lattico assente.

OSSERVAZIONE XIX (Carle e Fantino, Caso 76°). — *Stenosi cicatriziale del piloro con peripilorite - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

F. Rosa, di anni 32.

Da 5 anni ha dolori gravativi all'epigastrio, specie dopo il pasto: difficoltà di digestione, nausea, vomito sovente, malessere generale, cefalea, dolori alla rachide, stitichezza ostinata. Tutte le cure inefficaci. Dimagrimento spiccatissimo. Ventricolo dilatato fino a sei centimetri sotto l'ombelico. Sempre residui a digiuno.

L'ipercloridria spiccata. HCl libero 2,5-3 ‰. Mai acido lattico. Ha sintomi di tubercolosi degli apici polmonari.

28 Luglio 1897 - *Operazione.* Tutta la regione pilorica è fissa per la presenza di abbondanti essudati. Il piloro lascia appena passare la punta del mignolo.

Gastro-enterostomia posteriore col bottone. Solita sutura di rinforzo.

Decorso - Buono; dopo l'operazione digerisce benissimo. Si aggravano però i sintomi polmonari. 40 giorni dopo esce dall'ospedale.

1 Novembre 1897. - Non restituì il bottone: sta bene, e trova di essere molto migliorata.

OSSERVAZIONE XX (Carle e Fantino, Caso 77°). — *Stenosi pilorica cicatriziale con peripilorite. Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione - Morta poi per tubercolosi miliare acuta.*

P. Carolina, d'anni 27.

Ebbe nella pubertà gastralgie violentissime. Poi per molti anni stette bene; ora da oltre 6 mesi ha vomito persistente. Dimagrimento notevole. Tubercolosi polmonare.

Da 2 mesi fa, senza alcun effetto, lavature quotidiane. Lo stomaco discende a 2 cm. sotto l'ombelico. Sempre residui a digiuno. HCl in quantità normale.

10 Settembre 1897. - *Laparotomia.* Al piloro si trova una cieca- trice raggiata spiccatissima con aderenze peripiloriche. Gastro-enterostomia posteriore col bottone n. 3 di Murphy.

Decorso. - Buono. Lo stomaco funziona benissimo; non ha vomiti. Al 35° giorno però si aggravano i fenomeni polmonari.

27 Ottobre 1897. - Morte per tubercolosi miliare acuta.

Autopsia. - Il bottone è nello stomaco. Lo svuotamento era perfetto. La sutura idem. Tubercolosi miliare di tutti e due i polmoni. Aderenze pleuriche estesissime.

OSSERVAZIONE XXI (Carle e Fantino, Caso 79°). — *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera gastrica - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

F. Giuseppe, d'anni 19.

La malattia presente cominciò a 15 anni con gastralgie violentissime. 2-3 ore dopo il pasto, senso di pienezza seguito quasi sempre da vomito. Parecchie volte ebbe vomito sanguigno. Ricoverò parecchie volte negli ospedali, assoggettandosi a molteplici cure ma sempre senza risultato. Solo le lavature gli portarono un po' di sollievo. Se non svuota il ventricolo dopo 3-4 ore, provoca egli stesso il vomito, per far cessare i fortissimi dolori che gli impediscono il sonno. È ridotto ad un dimagrimento spaventoso.

Lo stomaco giunge solo fino all'ombelico. HCl libero in quantità normale, raramente sorpassa il 2 ‰. Manca l'acido lattico dopo i pasti di prova, ma se ne trova quasi sempre traccia al mattino a digiuno,

23 Settembre 1897. - *Laparotomia.* Il piloro spesso, duro, presenta una stenosi di alto grado. Sulla sierosa si trovano cicatrici ragiate di color biancastro. Nessuna aderenza. Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy secondo il consueto. L'atto operativo, senza particolarità degne di nota, dura circa 15 minuti.

Decorso - Ottimo. - Guarigione per prima; la funzionalità del ventricolo è eccellente. Le gastralgie cessate come per incanto; straordinario appetito e digestione regolare. In un mese è già notevolmente ingrassato.

OSSERVAZIONE XXII - 23 Novembre 1897 - T. Giulio, d'anni 32.
- *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera. - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE XXIII - 4 Gennaio 1898 - M. Giuseppina, di anni 35. - *Stenosi cicatriziale del piloro - Gastro-enterostomia anteriore con bottone* (aderenze della faccia posteriore) - *Guarigione.*

OSSERVAZIONE XXIV - 5 Gennaio 1898 - P. Maria, d'anni 41.
Torino. - *Stenosi pilorica cicatriziale con peripilorite -*
Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy
- Guarigione.

OSSERVAZIONE XXV - *Ulceri gastriche in corso di evolu-*
zione - Gastro-enteroanastomosi posteriore col bottone di
Murphy - Guarigione.

V. Margherita, d'anni 53, contadina, di Benevello d'Alba, entrata
il 24 Febbraio 1898.

Nessuna malattia pregressa; l'attuale ebbe inizio, a detta dell'amm., nel mese di Aprile 1897 con senso di stanchezza generale e poco dopo vomiti insistenti, quasi quotidiani, alcune ore dopo i pasti, mai a digiuno.

Una volta ebbe ematemesi. Dolori all'epigastrio, eruttazioni acide; indebolimento e dimagrimento progressivi; stipsi.

Negli ultimi tempi i vomiti si sono fatti un po' meno frequenti ed ostinati. Le cure finora consistettero in dieta liquida, prevalentemente latte, e somministrazione di alcalini; nessun effetto sensibile ebbero sul decorso del male.

Stato presente. - Costituzione scheletrica regolare; cute secca, floscia, pannicolo adiposo quasi scomparso; masse muscolari atrofiche. Cuore, polmoni sani; fegato e milza in limiti normali.

All'epigastrio si nota una depressione, resa ancor più evidente da una salienza spiccata nel quadrante inferiore sinistro. L'esame plessico rileva una ptosi notevolissima del ventricolo, la cui piccola curvatura si trova 1 cm. sopra la cicatrice ombelicale, mentre la grande curvatura si rileva non molto esattamente tre dita sopra il pube.

Evidente il rumore di guazzamento sull'area del ventricolo; ma non si riesce a palpare alcuna speciale tumefazione o resistenza.

Somministrati diversi pasti di prova, costantemente si trova nel liquido estratto, HCl libero, mai acido lattico. Ristagno discreto.

4 Marzo 1898 - *Operazione.* - La narcosi cloroformica è assai male tollerata, causa le pessime condizioni generali. Laparotomia mediana sopra-ombelicale.

Ventricolo di volume normale. Sulla sua parete anteriore si trova una cicatrice irregolare, circondata da una zona d'indurimento piuttosto esteso, e situato a cinque cm. circa dalla regione pilorica a 2 cm. dalla grande curvatura.

Il piloro è assai ispessito, e così ristretto da non permettere l'im-

pegno della punta del mignolo; questo ispessimento (o ipertrofia?) non è però da mettersi in rapporto con la cicatrice suaccennata, ma è da riferirsi ad ulcera in evoluzione iniziale nella regione prepilorica o fors'anco pilorica, avvertendosi qui uno spessore maggiore e irregolare con zone di diversa consistenza.

Si pratica rapidamente la gastro-enteroanastomosi retrocolica posteriore col bottone di Murphy, senza aggiungere la sutura di rinforzo. Chiusura rapida dell'addome, suturando il peritoneo con seta, lo strato muscolo-aponeurotico con catgut, la pelle con seta.

Decorso - Collasso post-operatorio piuttosto grave, che si vince con iniezioni eccitanti, clisteri, ipodermoclisi.

Il 12 Marzo, quando si tolgono i punti, il ventricolo funziona già ottimamente. Non ebbe più vomiti, nè dolori; appetito eccellente, digestione facile.

Il 31 Marzo l'a. esce guarita, in condizioni generali assai migliorate, senza aver emesso il bottone.

Notizie recenti (dopo 6 anni) informano che la V. è in ottime condizioni di salute; non ha più avuto alcun disturbo gastrico, ed è ingrassata.

OSSERVAZIONE XXVI. - *Ulcera pilorica perforata; aderenze col fegato - Sutura e apposizione d'omento - Gastro-enterostomia posteriore con sutura - Morte al 7° giorno per perforazione di ulcera duodenale.*

B. G., d'anni 62, contadina, Pollone. Entra nell'Ospedale Mauriziano il 12 Marzo 1898.

Godette buona salute fino a 6 mesi prima dell'entrata in ospedale.

Cominciò allora ad essere disturbata da senso di peso al ventre, dolori lombari, anoressia, nausea, pirosi.

Da quindici giorni ha vomiti; talora subito, talora dopo tre ore circa dopo l'ingestione dei cibi.

Stipsi ostinata. I purganti vengono subito emessi col vomito. Dimagrimento spiccatissimo; stato generale grave. Polso piccolo, frequente, irregolare. Addome teso. Si sospetta la presenza di un tumore pilorico, inoltre si constata la presenza d'una cisti ovarica sinistra.

15 Marzo 1898 - *Operazione*. Ovariectomia sinistra, previo svuotamento della cisti allo scopo di non compromettere le condizioni dello stomaco con manovre violente, quale sarebbe stata l'enuclazione in toto della cisti dal cavo addominale. Questa cisti è libera da aderenze, con lungo peduncolo, cosicchè l'operazione procede rapidissima.

Non esiste liquido nel cavo peritoneale.

Al piloro si trova un tumore, grosso come un uovo, ulcerato verso la superficie peritoneale. L'ulcera ha la forma di un cratere, più largo verso il peritoneo, con orifizio ovale. E' larga come un soldo profonda quasi un centimetro; il fondo è grigiastro, sporco, duro; anche i margini sono duri; il tessuto circostante è infiltrato, ispessito per l'estensione di tre o quattro centimetri, in maniera da costituire un tumore ben delimitato. Al fondo dell'ulcera esiste una stretta perforazione che conduce nella cavità dello stomaco; e fuoriescono bolle di gas e gocce di liquido.

Il fegato copre l'ulcera col suo margine anteriore come un tetto.

Aderenze fitte e resistenti attorno al piloro ed al duodeno circondano l'ulcera e la fissano al pancreas.

È impossibile praticare la pilorectomia, per queste aderenze che impediscono di estrarre il piloro e minacciano, se si eseguissero forti trazioni, lacerazioni pericolose degli organi circostanti. Stante le gravi condizioni dell'ammalata, si passa alla sutura dell'ulcera per terminare presto l'operazione. I margini, rigidi e fissati dalle aderenze, non si lasciano portare a contatto ed i fili minacciano di lacerare il tessuto.

Perciò, invece della comune sutura alla Lembert, si applicano tre anse di filo per ciascun lato, mercè le quali si riesce ad affrontare i margini in modo da occludere perfettamente la perforazione, senza che la sierosa resti estroflessa.

Per maggior sicurezza la sutura si copre con l'omento, che vi si fissa sopra con quattro punti di seta.

Affinchè i cibi non ristagnino nello stomaco, nè vadano ad urtare contro il piloro, viene praticata la gastro-enterostomia posteriore alla v. Hacker con apertura molto larga; le suture degli strati vengono tutte eseguite con seta; tutta l'operazione dura ore 1 1/2.

Decorso post-operatorio. - Quasi apiretico nei primi 5 giorni. La frequenza del polso è diminuita, non vomiti. L'ammalata dorme nella notte; si nutre per la via del retto con clisteri.

In quinta giornata prende per bocca un po' di cognac e latte, senza risentirne alcun disturbo.

In sesta giornata la donna peggiora, si fa molto irrequieta; facies hippocratica; polso frequentissimo, irregolare. Muore in settima giornata.

Autopsia. - Sul peduncolo della cisti, niente di notevole. Leggera peritonite generalizzata.

Sotto il fegato esiste una raccolta di contenuto stomacale per oltre un bicchiere, limitata da aderenze tenui recentissime.

La sutura della gastro-enterostomia tiene a perfezione. Il lume dell'apertura praticata è ampio, lasciando passare il pollice; tut-

tavia lo stomaco contiene il liquido ingerito nelle ultime 24 ore. Questo fatto è dovuto evidentemente all'atonía gastrica.

La sutura dell'ulcera tiene benissimo; l'omento ha già prese fitte aderenze con la parete gastrica su cui fu applicato.

All'indietro esiste però un'apertura da cui fuoresce per compressione il contenuto gastrico. Si esportano dall'addome stomaco e duodeno; si vede nella faccia posteriore del duodeno un'ulcerazione che continua quella pilorica suturata, larga come un soldo; i margini non sono infiltrati; le pareti circostanti sono sane, il che spiega come non se ne sia notata la presenza all'atto operativo, quando non era ancor perforata.

Si conclude che in vita sul piloro e duodeno erasi formata una larga ulcera; la porzione di questa posta sul duodeno aveva eroso le tonache mucosa e muscolare arrestandosi alla sierosa; la parte situata sul piloro, attorno a cui s'era svolto con maggiore intensità il processo infiammatorio, si era aperta nel peritoneo. All'operazione fu suturata questa apertura che restò perfettamente chiusa, ma sul duodeno l'ulcera si approfondì distruggendo la tonaca sierosa; perciò versamento nel cavo peritoneale in sesta giornata e peritonite.

L'esame istologico del tumore pilorico dimostrò trattarsi di ulcera semplice, non di carcinoma.

OSSERVAZIONE XXVII - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore col bottone di Murphy - Circolo vizioso - Gastro-enteroanastomosi col metodo Roux - Guarigione.*

M. Angiolina, d'anni 35, Asti. Entra il 7 Marzo 1898.

Ha una storia piuttosto lunga di dolori, eruttazioni acide e vomiti dopo i pasti, che sono andati aumentando man mano di intensità, accompagnandosi a deperimento notevole e perdita di forze.

Presentemente i vomiti avvengono con insistenza qualche ora dopo i pasti, spesso anche a digiuno e contengono residui anche di materiali ingesti con pasti precedenti. Non sarebbe mai avvenuto vomito caffeeano.

Obbiettivamente si nota deperimento notevole; stomaco molto dilatato; guazzamento a digiuno. Negativa la palpazione del ventre, che è trattabile e indolente dovunque. Dopo parecchi pasti di prova e a digiuno si riscontrano sempre residui alimentari; reazione dall'HCl evidentissima; manca l'acido lattico.

23 Aprile 1898. - *Operazione.* Laparotomia mediana sopra-ombel-

licale. Stomaco ectasico a pareti non molto robuste. Cicatrice raggiata molto evidente, dépressa, sulla superficie antero-superiore del piloro, che ne risulta fortemente stenosato. Nessuna aderenza.

Si pratica gastro-enterostomia posteriore retrocolica con bottone di Murphy e sutura di rinforzo.

Decorso. - Apiretico, regolare; però fin dai primi giorni l'ammalata ha vomito bilioso piuttosto insistente che si vince con lavature. Il ventricolo si riduce abbastanza rapidamente di volume.

Il 6 Giugno l'ammalata esce guarita.

Ma dopo circa un mese riprendono i vomiti di sostanze miste a bile abbondante, vomiti che si fanno man mano più insistenti accompagnandosi a dolori, inappetenza.

L'ammalata rientra quindi, e si procede ad un nuovo atto operativo con lo scopo di riparare agli inconvenienti del circolo vizioso.

20 Ottobre 1898. - *Operazione.* Riaperto il ventre sull'antica cicatrice, si trova facilmente la causa del reflusso di bile; essa consiste nel fatto che l'ansa afferente era stata lasciata insolitamente lunga e quindi veniva a formarsi uno sperone nel punto dell'anastomosi.

Applicati due klemmer del Doyen sull'ansa afferente in immediata vicinanza dell'anastomosi stessa, si recide l'ansa e si sutura con triplice piano il breve moncone aderente al ventricolo; quindi si anastomizza l'altro moncone all'ansa efferente mediante anastomosi laterale, con semplice sutura a tre piani.

Si chiude il ventre col solito metodo.

Decorso. - Regularissimo, apiretico, nessun vomito. Il reflusso di bile non si avvera più. L'ammalata riprende presto l'alimentazione ordinaria, senza dolori, nè vomiti. Tuttora, dopo 5 anni e mezzo dall'atto operativo, gode ottima salute.

OSSERVAZIONE XXVIII - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera.*

Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.

11 Maggio 1898 - T. Maddalena, d'anni 53, di Villanova d'Asti.

Dopo quasi 6 anni, l'ammalata ci riferisce essere in condizioni fisiche ottime, ingrassata e cresciuta di 15 kg. in peso; dopo l'operazione ha sempre digerito qualunque cibo e non ha mai avuto dolori, nè vomiti.

OSSERVAZIONE XXIX - 28 Maggio 1898 - R. Teresa, d'anni 25, di Alba. — *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE XXX. - *Ulcera gastrica in evoluzione, stenosante il piloro - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con sutura - Guarigione.*

Uomo di 20 anni. Nell'anamnesi digestioni difficili, eruttazioni acide, di tanto in tanto vomito caffèano.

L'esame del contenuto gastrico dà acido cloridrico abbondante, non acido lattico.

La palpazione della regione epigastrica non arreca dolore: dopo i pasti si fa però frequentemente sede di dolori intensi i quali durano talvolta più ore.

Maggio 1898 - *Operazione.*

Stomaco non dilatato, le pareti piuttosto ispessite. Alla regione pilorica si vede e si palpa assai distintamente un tumore superante il volume di una grossa noce, il quale dopo aver occupata tutta la parte anteriore della regione stessa, si estende in alto per alcuni cm. sulla piccola curvatura. L'epiploon gastro-epatico presentasi infiltrato.

Esistono aderenze piuttosto valide della regione pilorica colle parti circostanti. Nessun ganglio ingrossato. Il tumore, la cui consistenza è piuttosto molle, fa pensare ad una di quelle tumefazioni che circondano le ulcere gastriche in corso di evoluzione. Esso è intanto causa di una stenosi assai accentuata.

Gastro-enterostomia posteriore, col metodo delle suture manuali.

L'ammalato guarisce rapidamente ed esaminato più tardi si trova che il ventricolo è tollerante alle lavature e si svuota come nelle condizioni normali.

OSSERVAZIONE XXXI. - *Stenosi cicatriziale del piloro da ulcera - Gastro-enterostomia v. Hacker con bottone di Murphy - Guarigione.*

Donna di 39 anni. Digestioni difficili, laboriose, accompagnate da crampi, pirosi. Ogni due o tre giorni vomito piuttosto abbondante, qualche rara volta con tinta caffèana. Grave deperimento. Colla lavatura dello stomaco, la quale non arreca dolori, si dà esito ad abbondanti residui di numerosi pasti, residui che vennero

poco modificati. Pasto di prova di Ewald: estratto dopo un'ora, si rileva acido cloridrico piuttosto abbondante, assenza d'acido lattico.

Giugno 1898 - *Operazione*. Ventricolo assai voluminoso, ptosato in basso, con pareti sottili; il piloro è così ristretto da non lasciar neppure impegnare la punta del mignolo. Questa stenosi è dovuta ad una cicatrice esistente alla sua parte anteriore e superiore, cicatrice dura, depressa, assai irregolare, ricoperta in gran parte da essudati e da aderenze contratte col fegato.

Gastro-enterostomia posteriore mediante il bottone medio del Murphy: solita sutura circolare di rinforzo.

Decorso regolare: nei primi giorni si ha reflusso di bile nel ventricolo, che obbliga a praticare il sondaggio gastrico; in seguito, verso il ventesimo giorno, quest'inconveniente scompare in modo completo. Al trentesimo giorno la motilità ed il chimismo gastrico sono ritornati pressochè normali.

OSSERVAZIONE XXXII - 8 Giugno 1898 - R. Antonio, d'anni 51

- *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore col bottone - Guarigione.*

OSSERVAZIONE XXXIII - *Stenosi cicatriziale del piloro - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

Uomo di 26 anni - Dolori, senso di peso all'epigastrio specialmente dopo il pasto. Ogni tre o quattro giorni, vomito abbondante. A digiuno trovansi sempre abbondanti residui alimentari. Il ventricolo è assai tollerante, si lascia distendere dai gas, si lascia lavare senza determinare dolori. Acido cloridrico abbondante. Tracce di acido lattico (?).

Luglio 1898 - *Operazione*. - Ventricolo assai ampio, con pareti sottili. Al piloro resistenza circolare dura, irregolare, di natura cicatriziale. Non peripilorite; la stessa sierosa che ricopre la resistenza cicatriziale sovraccennata presentasi liscia, lucente, normale.

Il processo ulcerativo pregresso si sarebbe limitato quindi alle tonache interne.

Gastro-enterostomia posteriore col bottone medio di Murphy; sutura di rinforzo.

Decorso regolare. Guarigione rapida, se si eccettua una raccolta sottocutanea nella ferita, la quale obbliga ad aprire.

Il bottone viene emesso ad un mese di distanza dall'atto operativo, provocando coliche intestinali abbastanza forti. In seguito, guarigione perfetta anche funzionale.

OSSERVAZIONE XXXIV - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera*
 - *Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy*
 - *Guarigione.*

A. Antonio, d'anni 46, macchinista, Chieri.

Entrato il 3 Settembre 1898.

Nessuna malattia pregressa d'importanza. È bevitore. La presente malattia data da circa 7 anni; cominciò con difficoltà di digestione e senso di peso all'epigastrio dopo i pasti, alquanto mitigato dall'uso del bicarbonato di soda. Da circa due anni a questi disturbi si sono aggiunti anche vomiti, tre o quattro ore dopo i pasti, di gusto acidissimo, che non hanno però mai contenuto sangue; eruttazioni acide; pirosi. Quantunque fosse rimasto il senso dell'appetito, il paziente doveva astenersi da certi cibi; sopportava relativamente bene, e senza vomiti, la dieta liquida.

Periodi di stipsi, alternati con diarrea.

Nel Novembre dell'anno scorso, ricoverò nella sezione medica dell'ospedale Mauriziano dove fu riscontrato: Depressa la regione epigastrica a destra, e sporgente quelle sottocostale e para-ombellicale sinistre: grande curvatura a due dita trasverse sotto la linea ombellicale.

A digiuno, ristagno di liquido con residui alimentari; la reazione di Günzburg evidentissima; non acido lattico, HCl libero 1,08 ‰; capacità del ventricolo, misurata con acqua, 3000 cc. Un'ora dopo il pasto di Ewald, si estraggono 800 cc. di liquido bianchiccio con evidentissimi residui di materiale alimentare ridotto a poltiglia, che presenta evidentissima la reazione di Günzburg, non quella di Uffelmann. Durante la degenza sottomesso a dieta, somministrazione di alcalini e lavature, ne ricavò un miglioramento leggero, i vomiti essendo continuati con insistenza appena minore che pel passato. Il malato rifiutò allora l'intervento chirurgico e tornò a casa. Ma essendosi aggravati i disturbi precedenti (pirosi intensa, vomito quasi giornaliero, grave deperimento) si decise a subire l'operazione.

Stato presente. - Individuo molto deperito, pallido; il ventricolo dilatato giunge colla grande curvatura, previa distensione con acqua, a 4 dita sotto l'ombellicale trasversa.

Nel liquido estratto a digiuno, contenente residui alimentari, è evidente la reazione dell'HCl libero; non si trova acido lattico. Anche dopo i pasti di prova, si estraggono residui alimentari: HCl libero 1,55 ‰; non acido lattico.

12 Settembre 1898. - *Operazione.* Laparotomia mediana lunga 10 cm. nella regione epigastrica. Ventricolo a pareti ipertrofiche,

piuttosto ampio. Aderenze estese del piloro colle parti vicine; al piloro stesso, un indurimento esteso, di consistenza e aspetto cicatriziale.

Causa la poca mobilità del ventricolo, per praticare la gastro-enterostomia si deve allargare l'apertura laparotomica, con una incisione trasversale. Riesce così abbastanza facile procedere alla gastro-enterostomia posteriore anche in piena cavità addominale. Bottone di Murphy; sutura circolare di rinforzo.

Sutura del peritoneo con seta, punti comprendenti a tutto spessore la parete addominale, e sutura muscolo-aponeurotica con catgut, cutanea in seta.

Decorso. - Regolare, apiretico, senza vomiti; non reflusso di bile. In 8ª giornata si deve dar esito ad una raccolta purulenta limitata alle pareti, in corrispondenza dell'incisione trasversale. In conseguenza, elevamento di temperatura che dopo 4 giorni cessa, la ferita granuleggiando rapidamente.

Bottone emesso in 16ª giornata; precede qualche dolore intestinale. Svuotamento del ventricolo facilissimo.

17 Ottobre. - Esce completamente guarito ed ingrassato.

Dopo 5 anni e mezzo dall'operazione, l'a. scrive di stare ottimamente, e di poter lavorare come qualunque sano operaio; non ha mai più sofferto di dolori o di vomito; dice che si astiene dai cibi troppo grossolani ed è aumentato in peso.

OSSERVAZIONE XXXV - *Stenosi cicatriziale del piloro da ulcera - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

Uomo d'anni 40. Eruttazioni acide da lungo tempo. Senso di peso e dolori all'epigastrio dopo ogni pasto, anche leggero: vomito insistente abbondante, quasi ogni giorno. A digiuno, anzi 10 o 15 ore dopo l'ultimo pasto, si ritrovano ancora abbondanti residui alimentari.

Settembre 1898. - *Operazione.* - Ventricolo molto dilatato, con pareti spesse: lo spessore va aumentando verso il piloro, ove trovasi una cicatrice quasi circolare, in parte raggiata, prodotta certamente da pregressa ulcera; il lume pilorico, da quanto si può argomentare dall'esterno, deve essere strettissimo, e forse non permette neppure il passaggio ad una penna da scrivere. Non esistono aderenze peripiloriche.

Viene praticata la gastro-enterostomia posteriore col bottone medio del Murphy. Sutura di rinforzo.

Nel decorso, reflusso di bile nello stomaco: malgrado questo,

guarisce abbastanza presto e bene. Il bottone venne emesso tre mesi dopo l'atto operativo; non arrecò però mai dolori addominali, nè disturbi di canalizzazione.

OSSERVAZIONE XXXVI - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera gastrica - Gastro-enterostomia posteriore retrocolica con bottone di Murphy - Guarigione.*

Carlo R., d'anni 49, contadino, di Costigliole d'Asti.

Entrato il 1° Ottobre 1898. Gentilizio sano. A 35 anni fu colpito da un trauma alla regione toracica destra, per cui tenne il letto 20 giorni e fu poi per un certo tempo inabile al lavoro.

Da due anni circa ebbe inizio la presente malattia; cominciò con dolori piuttosto vivi all'epigastrio, diffusi al ventre ed irradiantisi alla regione lombare, con esacerbazioni nei periodi frequenti di stipsi.

A questi dolori, che erano specialmente in rapporto coi pasti, si aggiunsero presto pirosi e vomiti, insorgenti quasi ogni giorno un'ora o due dopo i pasti. Prima del vomito, di sapore acidissimo, i dolori epigastrici erano straordinariamente vivi. Appetito ora scarso, ora eccessivo. Stipsi. Dimagrimento notevole.

Il 14 Febbraio 1898 entrò nella sezione medica dell'Ospedale Mauriziano, dove fu osservata una resistenza a limiti irregolari, dolorosa alla palpazione profonda, situata all'epigastrio e specialmente a destra. Il ventricolo molto dilatato, conteneva a digiuno quantità spesso notevoli di liquido con residui alimentari; reazione fortemente acida, con acido cloridrico libero, senza acido lattico, talora anche senza acido cloridrico e con evidente reazione degli acidi grassi. Invece, dopo pasto di Ewald, questa reazione mancava ed era presente l'acido cloridrico libero.

Curato con la somministrazione di alcalini e con lavatura gastrica due volte al giorno, i vomiti diminuirono, ma non cessarono, nè il ristagno fu notevolmente influenzato, cosicchè il malato volle lasciare dopo non molto tempo l'Ospedale; erano diminuiti i dolori.

Se non che, abbandonata la lavatura, riapparvero i dolori epigastrici subito dopo i pasti, con forti pirosi e vomiti, persino due-tre volte al giorno. Questi furono alcune volte distintamente caffèani, così da richiamare per questo fatto l'attenzione del paziente. Da 15 giorni però i vomiti sono cessati. Dimagrimento. Stipsi.

All'esame del *ventricolo*, questo si trova molto dilatato: misurato con acqua, contiene oltre cinque litri!

A digiuno, alla semplice spremitura, si estraggono residui alimentari: reazione acida; non HCl libero; acidi grassi.

Tre ore dopo il pasto, alla semplice spremitura si estraggono residui alimentari: reazione acida; non HCl, molti acidi grassi.

Un'ora dopo il pasto di prova si estraggono residui alimentari, di reazione acida: tracce di HCl; mancano acidi grassi.

10 Ottobre. - *Operazione.* - Previa lavatura gastrica, morfiocloronearcosi. Incisione epigastrica sulla linea mediana, lunga 10 cm. Ventricolo enormemente dilatato. Alla faccia anteriore, vicino al piloro, una estesa cicatrice da pregressa ulcera; aderenze antiche del piloro con la faccia anteriore del fegato.

Non vi è tumore, nè grande ispessimento delle pareti.

Gastro-enteroanastomosi retrocolica posteriore col bottone di Murphy; sutura di rinforzo con seta; sutura delle pareti (peritoneo con seta, strato muscolo-aponeurotico con catgut, cute con seta).

Decorso apiretico. Ferita guarita per prima.

25 Ottobre: L'a. ha vivo appetito; mangia abbondantemente senza disturbi digestivi. Stomaco ridotto di volume. Esce il 10 Novembre, già sensibilmente migliorato nello stato generale. Il bottone non è stato emesso.

Cinque anni dopo persistono condizioni ottime; notevolmente ingrassato, mangia di tutto ed ha riacquisito l'antico vigore.

OSSERVAZIONE XXXVII - *Ulcera in corso d'evoluzione alla regione pilorica, producente stenosi - Gastro-enterostomia posteriore col bottone del Murphy - Guarigione.*

A. Orsola, d'anni 32, sarta, di S. Germano.

Entra il 13 Ottobre 1898.

Nulla di notevole nel gentilizio, nessuna malattia pregressa d'importanza: è maritata senza figli. A 24 anni soffrì di malattia gastrica con frequenti vomiti; curata, ne guarì benissimo. Due anni fa, fu assalita dopo i pasti da forti dolori alla regione epigastrica sinistra, che all'ammalata facevano impressione come se le strapassero le intestina. Frequenti ed abbondanti vomiti caffeeani. Tenuta a dieta rigorosa per lungo tempo, non ricavò grande vantaggio.

Stato presente. - Condizioni generali scadenti; pannicolo adiposo scarso. Cute e mucose visibili, pallide. Organi toracici sani. Addome meteorico, globoso, timpanico alla percussione. Molto dolorosa la pressione anche leggera alla regione epigastrica e all'ipocondrio destro. Siccome alla più leggera palpazione i muscoli retti addo-

minali entrano subito in contrazione, non si possono rilevare dati importanti.

Ventricolo ampio; disteso con gas, la grande curvatura scende a 3 o 4 cm. dal pube.

A digiuno e così pure molte ore dopo il pasto, si dà sempre esito colla sonda gastrica ad abbondante liquido, contenente residui alimentari. L'esame di ripetuti pasti di prova, rileva presenza di HCl libero, assenza di acido lattico.

20 Ottobre 1898 - *Operazione*. - Laparotomia mediana sopra-ombellicale. Ventricolo molto dilatato con pareti sottilissime. Pilo- ro notevolmente ristretto, presentante nella parete anteriore una piastra di indurimento, callosa alla periferia, poco resistente al centro, tuttora ricoperta da sierosa normale; è certamente dovuta ad ulcera in via di cicatrizzazione. G. E. posteriore retrocolica con bottone di Murphy e sutura di rinforzo. Operazione rapidissima senza inconvenienti. Sutura della parete addominale a 3 strati.

Decorso. - Regolare, apiretico, nessun vomito; svuotamento rapido e completo fino dai primi giorni.

27 Novembre 1898 - Esce ingrassata, essendo a dieta ordinaria, senza aver emesso il bottone.

OSSERVAZIONE XXXVIII - *Stenosi cicatriziale del piloro da ulcera pregressa - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

Donna di 30 anni. Nell'anamnesi, gastralgie frequenti e violente dopo i pasti, seguite talora da vomito caffeeano. Forte deperimento.

All'esame: ventricolo intollerante, regione epigastrica dolente alla palpazione.

Ottobre 1898 - *Operazione* - Stomaco poco dilatato, pareti ispessite; in tutta prossimità del piloro, in corrispondenza della piccola curvatura, è evidente per la sua sporgenza ed estensione una cicatrice biancastra, raggiata, assai dura, dovuta manifestamente ad ulcera pregressa: la parete circostante a quest'ulcera è più ispessita e più dura. Il piloro ristretto non permette l'introduzione della punta del mignolo introflettente la parete gastrica; non presenta indurimenti speciali e non esiste peripilorite.

Si pratica la gastro-enterostomia posteriore mediante il bottone medio di Murphy. Operazione rapida senza incidenti. Chiuso il bottone, si applica sutura circolare di rinforzo.

Decorso regolare, apiretico. Il bottone viene emesso al 30° giorno. Guarisce bene ed il ventricolo si svuota completamente 6 ore dopo il pasto.

OSSERVAZIONE XXXIX - 18 Novembre 1898 - C. Giuseppina, d'anni 26. - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE XL - 22 Dicembre 1898 - C. Caterina, di anni 38 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE XLI - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enteroanastomosi transmesocolica posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

O. Epifanio, d'anni 25, contadino, di Salussola S. Secondo.
Entrato il 27 Novembre 1898.

Nessuna malattia pregressa d'importanza; fu già degente nella Clinica medica generale nel Dicembre 1897 per disturbi gastrici, che datavano da tempo e consistevano essenzialmente in difficoltà di digestione, dolori alla regione epigastrica, stipsi.

Trattato con dieta e lavature, non ebbe a lamentare alcun dolore sino alla metà dello scorso Maggio, alla qual epoca si presentarono i disturbi di prima insieme a contrazioni violente delle braccia, delle gambe, e specialmente delle mani che chiudevansi fortemente a pugno.

Scomparsi questi sintomi dopo due o tre giorni, rimasero i dolori alla regione epigastrica con senso di notevole pienezza dopo i pasti e talora vomito.

Esame - Discreto stato generale di nutrizione; nulla di anormale riguardo ai visceri toracici. All'esame dell'addome si rileva una sporgenza nella regione sotto-ombelicale, in corrispondenza della quale si provoca distinto guazzamento. Riempiendo lo stomaco con acqua (per il che occorrono due litri circa di liquido) si rileva uno spostamento in basso molto rilevante della grande curvatura, che arriva a 4 dita circa sopra il pube: la piccola curvatura è pure spostata, passando circa due dita sotto l'apofisi ensiforme. E' da notarsi che, per fare la lavatura, occorre spingere la sonda molto profondamente, a circa 60 cm. dall'arcata dentale.

A digiuno, colla lavatura, si estrae abbondante quantità di liquido torbido con evidenti residui alimentari costituiti prevalentemente

mente da amidacei; reazione fortemente acida; all'esame microscopico si osservano abbondanti sarcine.

Dopo pasto di Ewald, positiva la reazione dell'HCl libero e dei peptoni; negativa quella dell'acido lattico.

Acidità totale varia da 1,277 ad 1,496 o/oo.

24 Dicembre 1898. - *Operazione*. - Laparotomia mediana.

Ventricolo enormemente dilatato ed abbassato; sul margine inferiore e sulla faccia posteriore del piloro, si trova un ispessimento dovuto a tessuto cicatriziale che si estende alla prima porzione del duodeno, provocando una stenosi discretamente grave.

Gastro-enterostomia posteriore transmesocolica, col bottone di Murphy; sutura circolare di rinforzo. Durante l'atto operativo nulla di notevole. Sutura in triplice stato delle pareti addominali.

Decorso. - Ottimo, apiretico; clisteri nutrienti nei primi giorni; il 29 s'incomincia la nutrizione per bocca, il 1° Gennaio si tolgono i punti; ferita guarita per prima intenzione. Bottone emesso al 12° giorno.

12 Gennaio: l'ammalato esce completamente guarito, cibandosi della dieta ordinaria.

Dopo 5 anni, l'a. scrive che è molto forte, robusto, tanto che lavora giorno e notte, nutrendosi di cibi straordinariamente grossolani, senza sentire né aver mai sentito il più piccolo disturbo. È aumentato di kg. 22 in peso.

OSSERVAZIONE XLII - 26 gennaio 1899 - V. Enrico, d'anni 27
- *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE XLIII - *Ulcerà pilorica in corso di evoluzione, stenosante - Ulcera in evoluzione della piccola curvatura - Gastro-enterostomia alla v. Hacker con bottone di Murphy - Guarigione.*

Donna d'anni 38 - Nell'anamnesi, dolori forti all'epigastrio, ad ogni introduzione di cibo. Vomito piuttosto insistente. caffèano: addome meteorico, dolentissimo alla palpazione, specialmente nel quadrante superiore destro. Prostrazione. febbre, polso frequente e debole, deperimento crescente, rapido. Da 10 giorni la nutrizione si fa unicamente per via rettale; punture d'olio, ipodermoclisi, ecc.

Gennaio 1899. *Operazione*. - Ventricolo più retratto che dilatato,

assai ispessito. Alla regione pilorica, nella parte anteriore, si sente una tumefazione larga quanto una moneta da 5 cent., abbastanza ben limitata dalle parti circostanti: essa presenta di caratteristico una resistenza grandè, una maggior durezza alla periferia, mentre al centro è molle; si direbbe anzi che la parete in tal punto sia ridotta alla sola sierosa con un sottile strato muscolare. Per la presenza di questo processo manifestamente infiammatorio da ulcera in corso, il lume pilorico è ristretto.

Una tumefazione su per giù a caratteri identici, però meno estesa, si rileva in corrispondenza della piccola curvatura: anche questa è da riferirsi ad un'ulcera in corso.

Gastro-enterostomia posteriore col bottone. Sutura di rinforzo.

Decorso. - Nei primi giorni l'ammalata presenta vomito, talora addirittura sanguigno; il sangue pare provenga dalle ulcere.

Lo svuotamento del ventricolo avviene con difficoltà. La nutrizione per via orale si può solo iniziare verso il 12° giorno. In seguito, scomparsa di tutti i sintomi.

OSSERVAZIONE XLIV - 5 Febbraio 1899 - R. Maria, di Torino, d'anni 21 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera* - *Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy* - *Guarigione.*

OSSERVAZIONE XLV - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera* - *Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy* - *Guarigione.*

Gar. Teresa, d'anni 39, stiratrice, Torino.

Entrata il 2 Febbraio 1899. Nessuna malattia d'importanza prima della presente, che data da 4 anni circa.

Cominciò con difficoltà di digestione, inappetenza, cefalea, conati di vomito ed anche vomiti. Dapprima questi avvenivano solo dopo i pasti e poi si manifestarono anche al mattino; ebbe anche diverse volte vomito caffeano, e spesso di sostanze di odore acido e ributtante. Questo periodo durò con alternative di benessere e di peggioramento per circa tre anni, senza dolori notevoli.

Dopo un anno circa di relativo benessere senza vomiti, tre mesi fa apparvero dolori vivi all'epigastrio dopo i pasti, con rutti acidi frequenti e bruciore molesto propagantesi dallo stomaco alla bocca. Da un mese poi, è riapparso il vomito in modo ostinato, quasi tutti i giorni dopo i pasti e talora anche indipendentemente da questi.

Il dolore è dall'ammalata definito come un dolore sordo all'epigastrio, più intenso a destra; spesso assume intensità notevole, con irradiazioni al dorso ed al petto. Quanto al vomito, fu distintamente caffèano il giorno precedente all'ingresso; contenne sempre residui alimentari di diversi pasti pochissimo modificati. L'ammalata ricorse all'Ospedale perchè stanca delle cure mediche, che ha inutilmente esperito.

Esame. - Deperimento ed anemia spiccatissima, pannicolo adiposo scomparso, addome leggermente meteorico; regioni ombellicale ed ipocondriaca sinistra alquanto sporgenti per il disegnarsi attraverso i tegumenti dei contorni dello stomaco dilatato; disteso il ventricolo colle polveri del Frerichs, la grande curvatura giunge a 4 dita sotto l'ombelico. Il ventricolo è molto continente; attraverso il piloro non sfugge che pochissimo acido carbonico. Alla palpazione non si rileva alcun tumore; guazzamento al tatto ed all'udito; la pressione profonda riesce alquanto dolente solo in corrispondenza della regione pilorica.

Esame del contenuto gastrico. - Due ore dopo il pasto di Ewald, HCl 0,99 ‰, non acido lattico. Dopo il pasto di Leube, si estraggono residui alimentari abbondanti; il filtrato acidissimo dà evidentissima la reazione dell'acido cloridrico (= 1,22 ‰); non acido lattico.

Sottoposta l'ammalata a lavature gastriche ed a dieta di latte e uova, si ottiene diminuzione dei dolori; persistono le eruttazioni acide, la pirosi e così pure, sebbene meno frequente, il vomito.

26 Febbraio 1899. - *Operazione.* Ventricolo ptosato in basso e molto dilatato, a pareti sottili. Alla regione pilorica, in prossimità del duodeno, una cicatrice raggiata, larga quanto una moneta da 5 cent., molto evidente.

Tale cicatrice da pregressa ulcera, unitamente ad aderenze e briglie peripiloriche che in parte la nascondono, rende il piloro talmente stretto che non vi si può introdurre la punta del mignolo. La stenosi è ancora aggravata da un angolo quasi acuto coll'apice in alto, nel punto in cui il piloro si continua col duodeno.

In nessun altro punto il ventricolo presenta cicatrici od indurimenti che facciano pensare ad ulceri in corso.

Si pratica senza alcun inconveniente, e con molta rapidità, la gastro-enteroanastomosi col processo v. Hacker col bottone di Murphy. Sutura di rinforzo.

Sutura delle pareti addominali a tre strati, previa applicazione di due punti di grossa seta attraversanti a tutto spessore i bordi della parete e che vengono poi serrati a sutura completa.

Decorso. - Nei primi 6 giorni nutrizione esclusivamente rettale; leggere elevazioni febbrili in 2^a e 3^a giornata, che scompaiono; purgante al 10° giorno; la ferita guarisce per prima intenzione.

Marzo 14. - A dieta ordinaria; nessun disturbo.

Marzo 16. - Altro purgante; non viene emesso il bottone, che molto probabilmente è caduto nel ventricolo.

Aprile 3. - Cinque ore dopo un pasto abbondante, il ventricolo è completamente vuoto.

Dopo pasto di prova Ewald, evidentissima la reazione di Günzburg, negativa quella di Uffelmann.

Aprile 5. - Esce aumentata in peso, senza il minimo disturbo gastrico.

Dopo 5 anni l'ammalata riferisce di non aver più sofferto nè dolori, nè vomiti e che digerisce bene; si lagna solo di qualche bruciore di stomaco.

OSSERVAZIONE XLVI - *Ulcera callosa, penetrante, aderente alla parete addominale. Resezione. Sutura. Guarigione.*

C. L., d'anni 45, agiata, nubile, Belluno.

Entrata all'ospedale Mauriziano il 27 Febbraio 1899.

Fin dall'età di 18 anni soffre di disturbi gastrici che fanno sospettare la presenza di un'ulcera. Digestione difficile con forti dolori, pirosi, nausea, vomiti del materiale ingerito.

All'esame obbiettivo si palpa nella zona sopra-ombelicale un tumore grosso come un pugno, dolente, duro, a superficie irregolare, immobile nei movimenti respiratori.

La dilatazione dello stomaco non lo modifica. Ipofonesi in corrispondenza del tumore. La pelle che lo ricopre è normale. L'esame del contenuto gastrico, dopo il pasto di prova, mostra sempre la presenza di HCl e talora di acido lattico.

25 Marzo 1899. - *Operazione.* Incisione laparotomica mediana lunga dieci centimetri, fra la xifoide e l'ombelico.

Si trova lo strato muscolo-aponeurotico per un tratto largo quanto due seudi, in vicinanza dell'ombelico, trasformato in tessuto omogeneo, duro, infiltrato, grigiastro, aderentissimo alla tumefazione sottostante. Si allunga in basso l'incisione, finchè s'incontra peritoneo libero. Allora con due incisioni semi-elittiche, praticate sulla parete, si circoscrive e distacca la parte infiltrata, e con la porzione di parete escisa si trae fuori il tumore che le è aderente. Si riconosce provenire dalla piccola curvatura; è globoso, irregolare; i suoi confini colla parete gastrica sono netti; esistono attorno fitte aderenze coll'omento, l'intestino ed il pancreas. Mancano ganglii linfatici ingrossati.

Si pensa ad un processo infiammatorio sviluppatosi attorno a

perforazione d'ulcera. Sciolte le aderenze omentali ed intestinali con facilità, si libera il tumore dall'epiploon gastro-epatico e poi dal pancreas, resecando un tratto della testa di questo viscere che fa corpo col tumore. Si resecano i margini dell'ulcera e si fa la emostasi definitiva con catgut.

Si suturano quindi i margini della perdita di sostanza che dà passaggio a tre dita, con suture in seta a triplice strato, il primo comprendente la mucosa e gli altri due la muscolare e la sierosa, alla Lembert.

Nelle altre parti nel ventricolo non si riscontra niente di anormale.

Drenaggio alla Mikulicz sulla sutura gastrica; chiusura della metà inferiore della ferita laparotomica.

Decorso post-operatorio. - L'ammalata va migliorando nei giorni successivi all'operazione. Ripresa la nutrizione, tollera in ventesima giornata la dieta ordinaria, senza disturbi; ha solo un po' di inappetenza.

L'estrazione del pasto di prova di Ewald, dopo tre quarti d'ora, dà scarsissimi residui alimentari; liquido fortemente acido, con reazione di Günzburg evidentissima. Mancante quella di Uffelmann. L'ammalata esce il 7 Maggio.

All'esame istologico del pezzo asportato non si trova più traccia della parete dello stomaco, che è distrutta in questo punto dal processo ulcerativo. Il fondo dell'ulcera è formato da tessuto di granulazione antico, infiltrato di leucociti polinucleati. Frammezzo a questo tessuto si vedono resti di tessuto muscolare striato della parete addominale.

L'ammalata rientra in ospedale il 12 Novembre dello stesso anno. Da 10 giorni accusava dolori alla regione epigastrica, ora gravativi, ora trafittivi, esacerbantisi nelle prime ore dopo i pasti; inoltre nausea seguite da conati di vomito e non raramente da vomiti delle sostanze ingerite da due o tre giorni. Stipsi ostinata.

Alla palpazione della regione epigastrica, nulla si rileva d'importante. La cicatrice della parete addominale è perfetta; a quanto pare ha qualche aderenza col ventricolo.

Con la sonda gastrica si estrae a digiuno abbondante liquido quasi nero, mescolato a sostanze alimentari non digerite ed a coaguli sanguigni.

Tre quarti d'ora dopo il pasto di Ewald, si estrae un liquido grigiastro contenente quasi tutto il pane ingerito, per nulla modificato: non si trovano mai residui di pasti antecedenti. Reazione acida evidentissima; quella di Günzburg dubbia, quella di Uffelmann negativa. Evidentemente esiste stenosi pilorica da ulcera in atto. Messa l'ammalata a dieta liquida rigorosa insieme alla alimentazione rettale e facendole tenere il letto colla vescica di

ghiaccio sul ventre, migliora talmente, che il 4 Dicembre può uscire senza disturbi di stenosi; ma tuttavia ha dolori dopo il pasto.

La si invita a tornare qualora insorgessero nuovi disturbi (nel qual caso si sarebbe praticata la gastro-enterostomia); ma non si hanno in seguito altre notizie dell'ammalata.

OSSERVAZIONE XLVII - 27 Marzo 1899. - R. Giacinta, di anni 22 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera. - Gastro-enterostomia retrocolica con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE XLVIII - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia retrocolica con bottone di Murphy - Guarigione.*

G. Antonio, d'anni 32, contadino, Mondovì. - Entrato il 3 Aprile 1899; nessuna malattia pregressa.

L'attuale data dall'autunno scorso, alla qual'epoca cominciarono leggeri disturbi digestivi, senso di peso all'epigastrio, cefalee intense dopo il pasto, talora accompagnate da profusi sudori. Circa tre mesi fa cominciarono poi i vomiti, due o tre ore dopo il pasto, dapprima ad intervallo di giorni uno dall'altro, poi quotidianamente. I vomiti furono sempre di sostanze acidissime, mai di colore cafeeo; quando qualche volta dopo un pasto non aveva vomito, dopo il pasto successivo venivano emesse le sostanze ingerite col primo.

Il paziente è molto deperito, soffre continuamente di senso di freddo; stipsi.

Esame. - Individuo molto deperito, pallido; pannicolo adiposo scarsissimo; l'addome è indolente, trattabile in ogni punto. Lo stomaco dilatato con acqua contiene 2300 cme. e giunge colla grande curvatura a quattro dita sotto l'ombelico. Durante la degenza, il vomito persiste, e nelle sostanze emesse, che non hanno mai tinta cafeeo, nè tracce di sangue, non si trova la reazione dell'acido cloridrico libero, mentre si ha quella dell'acido lattico.

Invece, un'ora dopo il pasto Ewald, si estraggono abbondanti residui alimentari ed il filtrato ha reazione acidissima con reazione di Günzburg evidente, mentre manca l'acido lattico. Questo reperimento non varia sei ore dopo il pasto di prova Leube.

Sottoposto il paziente a dieta rigorosa e a somministrazione di cartine alcaline, il vomito persiste.

18 Aprile 1899. - *Operazione.* - Laparotomia mediana sopra-om-

belicale per circa 12 centimetri. Lo stomaco è libero da aderenze. Alla superficie anteriore del piloro si sente un inspessimento che è causa di stenosi, non però relevantissima.

Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy. Sutura circolare di rinforzo. Triplice strato di sutura delle pareti addominali.

Decorso. - Il giorno successivo il paziente ha vomito abbondante, misto ad una certa quantità di sangue bruno; poi, per quattro o cinque giorni, ha rigurgito di liquido tinto fortemente dalla bile.

Si pratica la gastrolusi; l'acqua di lavaggio è tinta in giallo, anche dopo molte lavature.

Bottone emesso in dodicesima giornata.

L'8 Maggio il paziente esce aumentato in peso, sopportando senza inconvenienti la dieta ordinaria.

OSSERVAZIONE XLIX - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera gastrica. - Gastro-enterostomia retrocolica col bottone di Murphy - Guarigione.*

Angelica B., d'anni 47, casalinga. - Entrata il 20 Aprile 1889.

Da molti anni è soggetta a disturbi gastrici con senso di peso alla regione epigastrica dopo il pasto, dolori vaganti al torace od addome, stitichezza, forte pirosi, eruttazioni acide.

Questi disturbi si sono talmente aggravati negli ultimi due anni, che l'ammalata deve cibarsi solo di latte e uova e di poca carne cruda ben triturrata, per evitare gravi dolori gastrici ed intestinali e vomiti. Da due mesi anche l'ingestione di codesti cibi provoca vivi dolori, nausea e talora vomito dopo 4-5 ore. Le sostanze vomitate non ebbero mai tinta caffèana; di gusto acidissimo, talora mostrano resti di cibi ingeriti il giorno prima. Fece uso di alcalini, lavature gastriche ecc., senza ottenerne alcun miglioramento, anzi con perdita continua in peso e forze. Nessuna malattia pregressa.

Esame obbiettivo. - Grave deperimento generale, pallore notevole della cute e mucose, sani i visceri toracici. Addome trattabile; leggermente dolente alla palpazione la regione epigastrica, in ispecie sotto l'arco costale di destra, dove si sente una resistenza, probabilmente solo dovuta alla contrazione dei retti addominali.

Esame del ventricolo. - A digiuno (dopo un pasto di latte e uova la sera precedente): acqua di lavatura limpida, ventricolo vuoto. Un'ora dopo il pasto di Ewald, si estraggono colla semplice spremitura abbondantissimi residui alimentari con sostanze ingerite il

giorno precedente. Reazione di Günzburg intensissima, reazione di Uffelmann assente; acidità totale 2,19 ‰ di cui 2,025 ‰ dovuta all'acido cloridrico libero.

Sei ore e mezzo dopo un pasto di Leube, l'ammalata accusa forti dolori all'epigastrio, irradiantisi al dorso ed alle regioni scapolari; dolori che scompaiono completamente dopo svuotato il ventricolo. Colla semplice spremicura si estraggono circa 700 cmc. di liquido rosso vinoso con abbondanti residui alimentari e con intensa reazione acida. Acidità totale 5,11 ‰; acido cloridrico libero 4,81 ‰; non acidi grassi.

Tracce minime di albumina nelle urine.

2 Maggio 1899 - *Operazione*. - Laparotomia mediana sopra-ombelicale. Stomaco dilatato, ptosato in basso ed a pareti sottili; nella superficie anteriore della regione pilorica si nota una cicatrice biancastra stellata, da ulcera pregressa, causante stenosi.

Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy, sutura circolare di rinforzo; nessun inconveniente: sutura a tre strati delle pareti addominali.

Decorso. - Ottimo; l'ammalata esce il 20 Maggio 1899, già a dieta ordinaria ed evidentemente migliorata nelle condizioni generali.

OSSERVAZIONE L - 23 Maggio 1899 - C. Severino, di anni 24.

- *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE LI - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera*

- *Aderenze fra piloro e fegato. - Gastro-enterostomia retrocolicale posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

P. Damiano, d'anni 26, imballatore, Torino.

Entrato il 16 Maggio 1899.

Nessuna malattia pregressa. L'attuale ebbe inizio due anni or sono con difficoltà nella digestione, peso all'epigastrio dopo i pasti, pirosi, eruttazioni acide; l'appetito però non era diminuito ed il paziente poteva attendere alle proprie occupazioni. Sette-otto mesi fa cominciarono i vomiti dopo i pasti, ad intervalli di 6-7 giorni l'uno dall'altro, con rigetto di grandi quantità di cibo, fra cui parte di quello ingerito 2-3 giorni prima. A poco a poco la frequenza dei vomiti aumentò, fin che questi si fecero quotidiani. Vantaggi notevoli dalla dieta assoluta con latte e uova; ripresa dei vomiti al più piccolo scarto da questo regime. Stipsi. Deperimento.

Stato presente. - Condizioni generali scadenti, nulla ai polmoni e al cuore. Addome indolente, sporgente nella regione sotto-ombelicale. Guazzamento evidentissimo anche a digiuno.

Il ventricolo è capace di 1400 cmc. d'acqua e giunge allora con la grande curvatura all'ombelicale trasversa. A digiuno, come pure dopo i vomiti, che si presentano frequentemente dopo i pasti comuni o di prova, si trova costantemente acido cloridrico libero, e assenza di acido lattico.

12 Giugno 1899 - *Operazione.* - Ventricolo assai ampio con pareti tuttora molto ispessite, all'ispezione normali. Palpando però dal cardias al piloro, si riconosce alla piccola curvatura, in prossimità del piloro, una placca dura, larga quanto una moneta da 10 centesimi, piuttosto sporgente, a limiti periferici poco netti. Così pure il piloro è duro, ingrossato, stenotico, poco mobile per la esistenza d'aderenze che lo fissano al fegato. Per quanto nè alla regione pilorica, nè alla prepilorica sieno visibili cicatrici, i risultati della palpazione rendono convinti che l'ispessimento riscontrato alla piccola curvatura e la stenosi pilorica devono considerarsi come esiti di ulcere pregresse.

Non riuscendo il tentativo di liberare il ventricolo dalle aderenze, si deve praticare la gastro-enterostomia posteriore retrocolica quasi tutta nell'addome.

L'operazione riesce piuttosto malagevole e più lunga dell'ordinario, ma procede senza inconvenienti.

Bottone di Murphy, sutura circolare di rinforzo. Chiusura della parete addominale in triplice strato.

Decorso buono, apiretico; reflusso di bile nel ventricolo durante i primi giorni, che continua per quanto più leggero, e senza produrre inconvenienti, anche al 10° giorno. Gastrolusi.

Il 15 luglio l'ammalato esce in condizioni generali assai buone; però accusa ancora qualche dolore leggero e senso di peso dopo i pasti; il ventricolo, come si rileva col sondaggio, non si svuota così bene come di solito. Non è stato emesso il bottone.

OSSERVAZIONE LII - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

D. Giovanni, d'anni 25, tintore, Pralongo.

Entrato il 5 luglio 1899.

Nell'anamnesi è da notarsi un'adenite cervicale sofferta a 13 anni. La presente malattia data da circa un anno e mezzo e cominciò con dolori puntorii nella regione epigastrica sinistra, che

continuarono per parecchio tempo con diversa intensità accentuandosi dopo il lavoro. Un medico a cui ricorse lo assoggettò per 8 giorni a dieta esclusivamente latte, ma senza alcun giovamento. Ritornato al vitto comune, insorsero vomiti 5-6 ore dopo i pasti, preceduti da nausea, eruttazioni acide, senso di peso all'epigastrio e sensazione di bruciore retrosternale. Il vomito ha avuto qualche volta una colorazione nerastra. Da 4 mesi il dolore epigastrico è scomparso, ma il vomito persiste e si è accentuato il deperimento. Stipsi abituale.

Esame obbiettivo - Nutrizione generale deficiente, pannicolo adiposo scarsissimo, peso Kg. 41, nulla ai visceri toracici.

All'addome si trova depressa la regione epigastrica, sporgente e globosa quella sotto-ombelicale: colla palpazione non si provoca alcun dolore; guazzamento evidente a digiuno.

Esame dello stomaco. - A digiuno si estraggono colla semplice spremitura circa 200 cme. di liquido limpido contenente scarsi residui alimentari a reazione intensamente acida; manifesta reazione di Günzburg; reazione degli acidi grassi assente. Il reperto non cambia se, la sera precedente, si pratica un'abbondante lavatura gastrica. Capacità del ventricolo misurata con acqua 2500 cme: senza raggiungere un grado sforzato di distensione, la grande curvatura arriva a circa tre dita trasverse sotto la cicatrice ombelicale. Dopo il pasto di Ewald si estraggono residui alimentari, nel cui filtrato è manifesta la reazione di Günzburg.

Non albumina nelle urine.

13 Luglio 1899 - *Operazione* - Laparotomia mediana. Stomaco notevolmente dilatato, a pareti sottili: alla superficie anteriore del piloro, una molto evidente cicatrice da ulcera pregressa che produce stenosi di alto grado. Ganglii del mesocolon ingrossati. Gastroenteroanastomosi transmesocolica posteriore con bottone medio di Murphy. Sutura circolare di rinforzo. Sutura a triplice strato delle pareti.

Decorso - Ottimo. Bottone emesso in dodicesima giornata.

1 Agosto 1899 - L'ammalato esce guarito, in ottime condizioni generali, sopportando la dieta ordinaria.

Dopo quattro anni e mezzo, il D. scrive di star molto bene, di digerire qualunque cibo, di non aver mai più avuto vomiti o dolori, di essere infine aumentato notevolmente in peso.

OSSERVAZIONE LIII - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera*
 - *Gastro-enteroanastomosi transmesocolica posteriore col*
bottone di Murphy - Guarigione.

G. Giuseppe, di anni 54, negoziante, da Asti.

Entrato il 28 Ottobre 1899. Padre morto per carcinoma del ventricolo. Nessuna malattia pregressa d'importanza.

Dodici o tredici anni fa cominciò ad avvertire disturbi nella digestione, caratterizzati da senso di peso e dolore all'epigastrio dopo il pasto e talora anche vomito qualche ora dopo.

Con intervalli di benessere, tali disturbi andarono man mano accentuandosi ad onta del trattamento medico ed il vomito si è fatto più insistente, spesso di colore caffeeano. Negli ultimi tempi i dolori sono divenuti veramente atroci ed i vomiti continui. Depperimento progressivo.

Esame - Non si osserva alcunchè di abnorme a carico dei visceri toracici; l'addome è trattabile ed indolente. non si palpano resistenze o tumori.

Esame del ventricolo. - A digiuno si estraggono colla semplice spremitura abbondanti residui alimentari, nel cui filtrato manca la reazione dell'HCl, si trova invece quella dell'acido lattico; guazzamento evidente anche a digiuno. Sei ore dopo il pasto di Leube il malato avverte forti bruciori di stomaco; colla semplice spremitura si estraggono circa 200 cmc. di liquido con abbondanti residui alimentari; nel filtrato, reazione acida, reazione di Günzburg evidente, reazione di Uffelmann assente.

Durante la degenza, ebbe una volta vomito cinque ore dopo un pasto comune; nel filtrato, assente la reazione di Günzburg, appena accennata quella di Uffelmann.

7 Novembre 1899 - *Operazione* - Laparotomia mediana. Ventricolo discretamente dilatato, a pareti sottili; nella faccia antero-posteriore del piloro, una cicatrice fortemente stenosante da ulcera pregressa.

Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore col bottone di Murphy; sutura in triplice strato delle pareti addominali.

Decorso apiretico; clisteri nutritivi, e solo in quinta giornata alimentazione per bocca; piccola raccolta sottocutanea di pus all'estremo inferiore della ferita, che ne ritarda di qualche giorno la guarigione.

Bottone emesso in ventesima giornata, alla quale epoca il paziente è messo a dieta comune.

2 Dicembre: esce guarito.

Riveduto dopo 4 anni, in ottime condizioni generali; non ha mai avuto dolori, nè vomiti; nessuna difficoltà nella digestione.

OSSERVAZIONE LIV. - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera e peripilorite - Gastro-enterostomia v. Hacker con bottone di Murphy - Guarigione.*

Signora di 35 anni. Senso di peso e di tensione all'epigastrio. nausea e sforzi di vomito quasi costantemente dopo i pasti; vomito abbondante ogni due giorni, ma mai caffèano.

Acido cloridrico abbondante. Manca l'acido lattico.

Novembre 1899. - *Operazione.* - Stomaco dilatato, ipertrofico: piloro coperto, nascosto da larghe e fitte aderenze col fegato, l'omento ed altri organi vicini; impossibile il distaccare le aderenze. Palpando attraverso ad esse, si rileva che le pareti del piloro sono assai ispessite, piuttosto resistenti, presentanti spessore e resistenza varia secondo i punti in cui si esamina. Questa fissità ed alterazione delle pareti, certamente dovute a pregressa ulcera, rendono il piloro anelastico ed assai ristretto.

Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy. Solita sutura di rinforzo.

Decorso regolare; leggero riflusso di bile; al 10° giorno lo svuotamento del ventricolo avviene bene e completamente.

Guarigione al 25° giorno. Non viene emesso il bottone.

OSSERVAZIONE LV - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enteroanastomosi posteriore col bottone di Murphy - Morte.*

F. Antonio, d'anni 42, contadino, di Dogliani.

Entrato l'8 Novembre 1899.

Il paziente fu, durante l'infanzia, di salute molto delicata; sofferse di blenorragia.

Da circa 20 anni dice di soffrire difficoltà nella digestione; negli ultimi tempi alla dispepsia si aggiunsero dolori di ventre, ruttii acidi, vomiti di muco o delle sostanze ingerite, stitichezza. I vomiti negli ultimi tempi si ripetevano ogni 2-3 giorni, lasciando il paziente molto spossato. Parecchie volte fu degente nell'ospedale di S. Giovanni, ma non ricavò alcun giovamento dalle cure mediche, è solo riuscito ad attenuare i disturbi, praticando con costanza la lavatura del ventricolo.

Esame. Individuo molto deperito; però non si riscontrano alterazioni a carico dei visceri toracici; l'addome è trattabile, solo leggermente dolente all'epigastrio.

Esame del ventricolo. - A digiuno colla spremitura si estraggono circa 500 cme. di liquido con residui alimentari del giorno precedente.

Dopo pasto di Ewald, il liquido estratto contiene pure residui alimentari a reazione molto acida. Acidità totale 2,93 ‰ di cui 2,3 ‰ dovuta ad HCl libero. Manca la reazione di Uffelmann, positiva quella dei peptoni.

5 Dicembre 1899 - *Operazione.* - Laparotomia mediana alla regione epigastrica, incisione lunga 12 cm. Sollevato il ventricolo, si trova alla regione pilorica sulla faccia posteriore un'estesa cicatrice da ulcera pregressa.

Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore col bottone di Murphy.

Sutura di rinforzo: sutura a triplice strato della parete addominale. L'operazione si è compiuta molto rapidamente senza inconvenienti.

Decorso. - Il paziente appena destato dalla narcosi è molto agitato: accusa verso sera un dolore puntorio sotto l'arco costale sinistro, non ha conati di vomito, nè singhiozzo; il giorno seguente la temperatura è elevata a 38°,6; polso 90; ventre trattabile, leggermente meteorico. Le condizioni generali rapidamente peggiorano: il polso si fa piccolo, per quanto non molto frequente.

Il 10 Dicembre con lavatura gastrica si estrae una grande quantità di liquido con molta bile: scariche spontanee di sostanze semiliquide. Malgrado ipodermoclisi ed iniezioni di caffeina, l'ammalato muore nella notte dell'11 Dicembre.

Autopsia. - Polmonite della base del polmone sinistro. Leggera reazione peritoneale intorno all'anastomosi.

OSSERVAZIONE LVI - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore retrocolica con bottone di Murphy - Guarigione.*

B. Angela, d'anni 45, casalinga, Torino.

Entrata il 1° Dicembre 1899.

Nessuna malattia pregressa, all'infuori di una polmonite crupale due anni fa. Pochi giorni dopo essersi alzata da letto, cominciarono vomiti due o tre ore dopo i pasti, preceduti da sensazione di peso all'epigastrio, e seguiti da sensazione di sollievo.

Da un anno i vomiti insorgono costantemente dopo ogni pasto, costituiti dalle sostanze ingerite e accompagnati e seguiti da dolori fortissimi all'epigastrio irradiantisi alla colonna vertebrale. Di notte specialmente, è colta da dolori così atroci da dover ricorrere

alla morfina. L'ammalata si lagna inoltre di pirosi intensa, gusto continuo acidissimo in bocca, stanchezza e dimagrimento notevolissimi.

Due volte, quattro mesi fa, il vomito fu cafeeano. Stipsi, mai sangue nelle feci.

Esame obbiettivo. - Donna notevolmente deperita, pallida; pannicolo adiposo scarsissimo. Polmoni, cuore normali; addome floscio, trattabile; dolente la pressione all'epigastrio ed alla regione colica destra. Zona estesa di guazzamento anche a digiuno, all'epigastrio e nel fianco sinistro, mentre colla palpazione leggera si sente una massa elastica che occupa tutto l'epigastrio e la fossa iliaca di sinistra, estendendosi alquanto a destra. Colla palpazione profonda non si sente che una tensione elastica in corrispondenza di questa zona, dove la percussione rileva smorzamento del suono plessico.

Dopo la lavatura dello stomaco, e così pure poco dopo il pasto di prova, questa zona diminuisce di volume.

Il ventricolo a digiuno contiene abbondanti residui alimentari; nel filtrato, fortemente acido, è evidentissima la reazione di Günz-burg, manca quella di Uffelmann; il liquido ha odore acre, nauseante. Dopo il pasto di Ewald si estrae materiale indigerito e nel liquido si trovano le accennate reazioni.

Capacità del ventricolo disteso con acqua: 1800 cmc.

12 Dicembre 1899 - *Operazione.* - Laparotomia mediana sopra-ombellicale. Stomaco mediocremente dilatato, ma in forte ptosi; gravissima stenosi cicatriziale circolare in corrispondenza del piloro, che è ridotto quasi ad un cordone fibroso della grossezza di un pollice.

La sierosa si presenta di aspetto cicatriziale con colorito argenteo; all'intorno, qualche aderenza. Gastro-enterostomia posteriore transmesocolica con bottone di Murphy. Sutura circolare di rinforzo. Operazione rapida senza inconvenienti. Sutura in triplice strato delle pareti addominali.

Decorso ottimo, apiretico; si dà latte in quarta giornata e dieta solita al 13° giorno.

13 Gennaio 1900. - Esce guarita, in ottime condizioni generali. Bottone non ancora emesso.

OSSERVAZIONE LVII - *Stenosi cicatriziale del piloro da ulcera - Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

R. Luigi, d'anni 33, di Costigliole d'Asti.

Entrato il 15 Dicembre 1899.

Nessuna malattia pregressa d'importanza: da due o tre anni

datano i disturbi nella digestione, consistenti essenzialmente in eruttazioni acide e dolori vivi all'epigastrio dopo il pasto; rarisimamente vomiti alimentari; stipsi.

Esame. - Individuo in condizioni generali discrete, colorito terreo, dolente alla palpazione la regione epigastrica.

Esame del ventricolo. - A digiuno colla semplice spremitura si estraggono notevoli quantità (in diversi esami 600-200-1750 cc.) di liquido di color roseo, contenente residui alimentari molto sminuzzati. Nel filtrato, evidentissima la reazione di Günzburg, assente quella di Uffelmann. Lo stesso reperto si ha col filtrato del liquido estratto dopo pasto di prova. Capacità del ventricolo misurata con acqua 2800 cc.

La sera precedente l'operazione, si fa un'abbondante lavatura del ventricolo sino ad ottenere acqua pulita; ripetuta la lavatura il mattino successivo, a digiuno, si estraggono 250 cc. di liquido chiaro, lattiginoso, a reazione fortemente acida, con reazione di Günzburg evidentissima.

24 Dicembre 1899 - *Operazione.* - Laparotomia mediana. Ventricolo dilatato; alla regione pilorica si trova un'estesissima cicatrice che si prolunga sulla faccia posteriore e sulla piccola curvatura, producendo una stenosi molto grave.

Nell'incidere la parete posteriore del ventricolo, si ha una piccola emorragia arteriosa; contemporaneamente il malato, non bene narcotizzato, ha qualche contrazione che causa la fuoruscita di piccole quantità di contenuto intestinale. Il liquido però è trattenuto dalle compresse e non si versa nella cavità addominale.

Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore con bottone di Murphy. Sutura circolare di rinforzo senza altro incidente. Sutura in triplice strato della parete addominale, con tre punti di seta a trasfissione completa.

Decorso ottimo e apiretico; clisteri nutrienti nei primi 4 giorni, poi cibi liquidi.

Il 20 Gennaio l'ammalato esce senza aver emesso il bottone e da alcuni giorni essendo a dieta comune.

Dopo 4 anni persistono condizioni ottime; nessun disturbo da parte del ventricolo.

OSSERVAZIONE LVIII - 12 Maggio 1900 - B. Felicità, d'anni 57
 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera* - *Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy* - *Guarigione.*

OSSERVAZIONE LIX - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

Sig. Bald., d'anni 51.

Da molto tempo sintomi classici d'ulcera; ipercloridria, vomiti, dolori; ebbe ematemesi. Prolungate cure mediche non ottennero che miglioramenti passeggeri, seguiti da recidiva.

Maggio 1900 - *Operazione* - Stenosi pilorica cicatriziale con peripilorite; piloro irregolare aumentato di volume. Gastro-enterostomia retrocolica posteriore col bottone di Murphy e sutura circolare di rinforzo; sutura dalle pareti in triplice piano.

Decorso - Regolare, apiretico; miglioramento rapido; scomparsa dei sintomi.

In pochi mesi aumento di oltre 10 Kg.

Nell'inverno 1904: tumore al ventricolo; anacloridria; cachessia.

OSSERVAZIONE LX - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera, con peripilorite - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

Signora di 44 anni. Nell'anamnesi d'importante si ha vomito frequente, abbondante, non preceduto nè accompagnato da dolori. Dimagrimento progressivo, ora accentuatissimo.

Giugno 1900 - *Operazione* - Causa le pessime condizioni generali, la narcosi è mal tollerata. A più riprese si sospendono il respiro ed il polso, così da rendere necessarie la respirazione artificiale e l'ipodermoclisi per poter continuare l'operazione.

Ventricolo ampio con pareti sottili. Attorno al piloro esistono briglie connettivali, che l'uniscono agli organi vicini immobilizzandolo. La sua sierosa è qua e là opacata, ed inferiormente, in basso, è sede di una cicatrice irregolare, ben evidente, che riduce il lume pilorico a ben poca cosa.

Gastro-enterostomia posteriore col bottone medio di Murphy. Sutura di rinforzo.

Decorso regolare; non reflusso di bile. Nei primi giorni però il ventricolo non si svuota affatto. Sondaggi gastrici ripetuti. Solo al 15° giorno lo svuotamento si fa discretamente bene.

OSSERVAZIONE LXI - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera*
- *Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone*
di Murphy - Guarigione.

Signora Niss..., d'anni 37. Da tempo è affetta da ulcera gastrica, di cui presenta la classica sintomatologia (anche ematemesi ripetute). La malattia si è dimostrata assolutamente ribelle alle cure mediche, tanto che l'ammalata è andata fortemente deperendo.

Giugno 1900 - *Operazione* - Laparotomia sopra-ombelicale. Ventricolo non molto dilatato. Pilofo stenotico per cicatrice estesa alla sua parete antero-superiore ed alla piccola curvatura. Gastro-enterostomia retrocolica posteriore col bottone medio di Murphy. Sutura circolare di rinforzo. Chiusura delle pareti col solito triplice piano di sutura.

Decorso ottimo. Non vomito. Non rigurgito di bile.

L'ammalata guarisce completamente dei suoi disturbi; e la guarigione persiste tuttora completa, dopo quasi 4 anni.

OSSERVAZIONE LXII - 30 Settembre 1900 - G. Cesare, d'anni 32
- *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-entero-*
stomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy
- Guarigione.

OSSERVAZIONE LXIII - *Stenosi pilorica cicatriziale con ulcera*
gastrica - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con
bottone di Murphy - Guarigione.

Signor D. S., capitano. d'anni 36.

Presenta da tempo sintomi caratteristici di ulcera; ipercloridria spiccata. Dolori gastralgici intensi. È in preda ad anemia notevolissima in causa di ripetute ematemesi, di cui l'ultima avvenne non molto tempo fa. Sintomi di stenosi.

Ottobre 1900 - *Operazione*. - Pilofo indurito specialmente nella parte antero-superiore dove è irregolare, ispessito, rivestito da sierosa biancastra con accenno a retrazione cicatriziale. Probabilmente il processo di cicatrizzazione dell'ulcera è ancora in corso. Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy. Sutura di rinforzo.

Decorso apiretico regolare. Guarigione rapida, funzionalmente però non assolutamente completa. Scomparsa l'anemia.

Nell'inverno 1904 si palpa un grosso tumore.

OSSERVAZIONE LXIV - 16 Dicembre 1900 - B. Pietro, d'anni 32
- *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-entero-
stomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy -
Guarigione.*

OSSERVAZIONE LXV - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera -
Gastro-enteroanastomosi posteriore con bottone di Murphy
- Guarigione.*

B. Michele, d'anni 39, contadino, di Perno d'Alba.

Entra il 7 Novembre 1900.

Da due anni leggeri disturbi gastrici, cui l'ammalato non dava importanza. Da tre mesi cattive digestioni, con senso di peso all'epigastrio, dopo i pasti, dolori, eruttazioni acide, vomito due o tre ore dopo i pasti, mai con sangue. Senso di sete, stipsi.

Esame obiettivo. - Individuo in condizioni generali discrete; nulla ai polmoni ed al cuore. Addome trattabile, dolente alla pressione nella regione epigastrica, evidente guazzamento gastrico. Capacità del ventricolo disteso con acqua 2300 cmc.: in tali condizioni la grande curvatura giunge a due dita trasverse sotto l'ombellico.

In ripetuti esami del succo gastrico a digiuno e dopo pasti di prova si trova sempre abbondante HCl e non acido lattico.

16 Dicembre 1900 - *Operazione.* - Narcosi malissimo tollerata; impossibile arrivare al rilassamento muscolare; bisogna interrompere ad ogni momento l'atto operativo per ricorrere alla respirazione artificiale. Ci si deve quindi accontentare di una semi-narcosi. Ventricolo molto dilatato, a pareti sottilissime, con massimo diametro verticale. Il piloro stenosato, ed irregolarmente ingrossato (certamente da esito in cicatrice di ulcera pregressa non molto profonda) non permette l'impegno della punta del mignolo invaginato la parete gastrica prepilorica.

Nessuna aderenza. Malgrado gli incidenti della narcosi, si pratica abbastanza bene e senza incidenti la gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy e sutura circolare di rinforzo.

Decorso. - Nella notte, vomito ripetuto di sostanze brunastre

contenenti discreta quantità di sangue; singhiozzo e vomiti di cui due con sangue in seconda giornata, fino al terzo giorno.

La ferita deve essere aperta per 20 cm., nel terzo medio, in sesta giornata per dare esito ad una raccolta purulenta limitata e superficiale. Il 7 Gennaio la ferita è chiusa; il ventricolo si svuota molto bene, ma il sondaggio gastrico riesce doloroso.

Il 9 e 10 Gennaio qualche sforzo di vomito e feci piuttosto scure; probabilmente nel ventricolo esiste un'ulcera in corso di evoluzione passata inosservata.

In seguito il malato seguita a nutrirsi della dieta comune senza inconvenienti ed il 19 Gennaio 1901 esce guarito.

Dopo tre anni scrive di essere ingrassato e alquanto aumentato in peso; digerisce bene. Frequentemente trasmoda nel mangiare e nel bere e allora talvolta ha dolorette e bruciori di stomaco che passano prontamente prendendo un po' di bicarbonato di soda. Non ha più avuto vomiti.

OSSERVAZIONE LXVI. - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera. - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy. - Guarigione.*

V. Rosa, d'anni 49, casalinga, d'Asti.

Entrata il 28 Novembre 1900. Sino dalla fanciullezza soffre di disturbi digestivi, caratterizzati da senso di peso all'epigastrio, pirosi, e eruttazioni acide per poco che il vitto fosse irregolare. A 23 anni vi si aggiunsero dei dolori che comparivano 2 o 3 ore dopo i pasti con irradiazioni al dorso, talora violentissime: ad essi seguivano ripetute eruttazioni acide con senso di peso all'epigastrio. Regolizzando la dieta, questi disturbi scomparivano quasi completamente, mentre d'altra parte frequenti disturbi si sono avuti anche indipendentemente dalla dieta. Sette od otto anni fa riacutizzazione grave, i dolori essendo divenuti più intensi, con aggiunta di nausea e qualche volta di vomiti. Così l'ammalata durò per circa un anno, costretta a volte a limitare la nutrizione a poco latte; grazie alla rigorosa dieta seguita, ebbe poi sei mesi di completo benessere. Ma poi i disturbi gastrici riapparvero ed andarono peggiorando tanto che da tre anni è costretta a una dieta di latte e uova, ed ogni qualvolta ha tentato di tornare al vitto normale i disturbi sono peggiorati con comparsa di vomito abbondante, di liquido fortemente acido, raramente con sostanze alimentari. Da tre mesi avviene invece anche vomito di sostanze ingerite quattro o cinque giorni prima, preceduto da dolore all'epigastrio; mai vomito caffeeano.

Deperimento notevole; periodi di stipsi alternati con diarrea. Fece inutilmente diverse cure anche in ospedale.

Esame obbiettivo. - Ammalata deperita e pallida. lingua patinosa, visceri toracici sani.

Addome trattabile, indolente, ventricolo dilatato; grande curvatura a tre dita sotto la cicatrice ombelicale con distensione dello stomaco. A digiuno colla semplice spremitura si estrae quasi un litro di liquido torbido di color scuro, di odore spiccato da putrefazione, con molti detriti solidi.

L'esame microscopico non rileva nè Sarcine nè Torule ed i detriti risultano solo di residui alimentari non digeriti.

Un'ora dopo il pasto Ewald, si estrae indigerito il materiale ingestio; l'acidità è scarsa. negativa la reazione dell'HCl e dei peptoni; positiva quella dell'acido lattico. Sottoposta l'ammalata a dieta di latte e uova e a lavature gastriche giornaliere essa si sente sollevata, ma il ristagno per quanto costituito da sostanze meno fetide è sempre abbondante; ma poi il 10 e l'11 Dicembre ripetesi il vomito insistente di tutte le sostanze ingerite, cosicchè si è costretti a ricorrere ad alimentazione rettale. Con lavatura gastrica si estraggono sostanze di odore nauseante, fortemente acide.

18 dicembre 1900 - *Operazione.* - Laparotomia mediana sopra-ombelicale. Ventricolo molto dilatato ed in ptosi. Pilo mobile con cicatrice estesa e fortemente stenosa nella parete posteriore. Gastro-enterostomia retrocolica posteriore col bottone di Murphy. Sutura circolare di rinforzo. Operazione rapida; nulla di notevole.

Decorso ottimo, apiretico; clisteri nutrienti nelle prime giornate; dieta liquida al sesto giorno. Dal quinto al decimo giorno frequenti scariche diarroiche.

Dieta mista in ottava giornata con buon appetito; funzioni gastriche ottime.

Bottone emesso in diciassettesima giornata.

14 Gennaio 1901 - Fatta una lavatura gastrica, 4 ore dopo un pasto di prova l'acqua esce pulita senza residui alimentari, senza tracce di bile.

16 Gennaio - L'ammalata esce guarita in ottime condizioni di salute, aumentata di peso.

OSSERVAZIONE LXVII - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera*
 - *Gastro-enterostomia posteriore retrocolica col bottone di*
Murphy - Guarigione.

C. Carlo, d'anni 36, decoratore, Torino.

Entrato il 6 Dicembre 1900.

Nulla di notevole nell'anamnesi sino ad 11 anni or sono alla qual'epoca cominciarono i disturbi digestivi consistenti in senso di bruciore all'epigastro e nausea, 1 o 2 ore dopo i pasti, frequentemente con vomito di liquido a sapore acido, filante, ma non di materiale alimentare.

Questi disturbi andarono gradatamente aumentando senza perdita notevole dell'appetito, ma con deperimento notevole del paziente. La dieta latte e qualche rimedio produssero giovamenti transitorii.

Tre anni fa ebbe improvvisamente due ematemesi abbondanti; un medico introdusse la sonda gastrica ed estrasse ancora circa mezzo litro di sangue schietto; poi cominciò un periodo di relativo benessere, finchè di recente riprese il senso di peso all'epigastro con nausea, cefalea, stitichezza, alternata con diarrea e deperimento progressivo. Facendo abitualmente lavature gastriche al mattino, riuscì ad evitare il vomito; estraeva però sempre residui alimentari e liquidi sino a due o tre litri.

Esame obbiettivo - Individuo non molto emaciato con scarso pannicolo adiposo; polmoni e cuore sani. Addome depresso nella regione sopraombelicale, un po' prominente nella sottombelicale; trattabile, indolente, nella parte inferiore; invece, dolente all'epigastro. In questa regione la palpazione profonda è negativa.

Dilatando il ventricolo con gaz, la grande curvatura giunge alla ombelicale trasversa. A digiuno si estraggono residui alimentari indigeriti commisti ad abbondante liquido bianco sporco, non molto filante, di odore acido nauseante.

All'esame microscopico si riscontrano fibre muscolari indigerite, granuli di amido, goccioline di grasso e fibre vegetali. Il filtrato ha reazione acida; evidentissima la reazione di Günzburg, quella di Uffelmann negativa.

Un'ora dopo il pasto di Ewald si estraggono quasi tutte le sostanze introdotte allo stato di poltiglia semiliquida. Tre o cinque ore dopo il pasto Leube si estrae pure discreta quantità di residui alimentari.

Esame chimico - Non è diverso da quello fatto a digiuno.

18 Dicembre 1900 - *Operazione* - Laparotomia mediana. Stomaco non molto dilatato, ispessimento cicatriziale alla regione pilorica, producente stenosi notevole.

Gastro-enteroanastomosi transmesocolica posteriore col bottone di Murphy. Sutura circolare di rinforzo, sutura in triplice strato delle pareti addominali.

Decorso regolarissimo, il malato esce guarito il 21 Gennaio 1901 avendo emesso il bottone in quindicesima giornata.

Dopo tre anni il C. è in buona condizione di salute; non notevolmente ingrassato (Kg. 3 di aumento in peso); si lagna solo di qualche vomito mucoso (?) ogni tanto. Digerisce bene.

OSSERVAZIONE LXVIII. - *Ulcera gastrica al piloro in corso d'evoluzione producente stenosi - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

C. Vittoria d'anni 27, contadina, Sanfrè.

Entra il 28 Gennaio 1901. Nessuna malattia pregressa. Cinque mesi fa, durante l'allattamento di un figlio che le era nato otto mesi prima, cominciò a notare cefalee ed inappetenze. Nell'ottobre ebbe vomiti qualche ora dopo i pasti, prima ogni cinque o sette giorni, poi più frequentemente, fino anche tutti i giorni. I vomiti furono talora di colore distintamente caffeeano: non dolori d'importanza; stipsi.

Nessuna speciale influenza della dieta.

Stato presente. - Donna deperita, pallida; pannicolo adiposo scomparso. Obbiettivamente si rileva addome disteso, meteorico, poco trattabile, indolente alla palpazione in ogni punto.

Ptosi leggera del fegato e rene destro mobile.

Alla regione epigastrica sul prolungamento della para-sternale destra a due centimetri dalla cicatrice ombelicale si palpa un tumore allungato grosso come un uovo di gallina, mobilissimo, resistente che pare corrisponda ad un ingrossamento della regione pilorica.

Il ventricolo dilatato con gas si presenta ectasico e fortemente abbassato, la grande curvatura giunge a 5 dita sotto l'ombelicale traversa; ascoltando alla regione pilorica si sentono i gas a fuggire abbastanza rapidamente.

A digiuno si estraggono colla sonda 200 cc. circa di liquido color caffeeano contenente numerosi residui alimentari.

Dopo pasto di prova Ewald, l'esame chimico rileva assenza di acido lattico, presenza di HCl libero (1 °/100).

L'ammalata ha inappetenza, nausea, e quasi ogni giorno vomiti.

3 Febbraio 1901. - *Operazione.* - Laparotomia mediana sopra-ombelicale, ventricolo voluminoso, assai abbassato, con pareti molto sottili.

Il piloro libero da aderenze è molto aumentato di volume, l'ingrossamento si risolve gradatamente nella regione peripilorica e verso il duodeno ed ha una consistenza dura all'intorno e più molle nel centro da doversi attribuire ad una estesa ulcera od a più ulcere in via di cicatrizzazione. Gastro-enterostomia retrocolica con bottone di Murphy e sutura di rinforzo. Sutura della parete addominale a tre strati.

Operazione rapidissima.

Decorso. - Collasso post-operatorio che si vince cogli eccitanti per iniezioni. Non vomiti, apiressia. ottima la funzione del ventricolo tanto che dopo 14 giorni l'ammalata si nutre senza inconvenienti di cibi solidi.

1 Marzo. Esce già notevolmente ingrassata senza aver emesso il bottone. Si ebbe in seguito notizia che l'ammalata continuava a digerire benissimo qualunque cibo senza disturbo gastrico. Morì recentemente in seguito a parto.

OSSERVAZIONE LXIX - *Stenosi pilorica cicatriziale con peripilorite - Gastro-enteroanastomasi retrocolica posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

G. Caterina, d'anni 52, casalinga, Torino.

Entra il 16 Gennaio 1901.

Da tempo che non sa precisare, l'ammalata soffre di dolori all'epigastrio ed all'ipocondrio destro con irradiazioni al dorso ed alla spalla destra. Questi dolori si esacerbavano dopo i pasti e cessavano dopo che erano state vomitate tutte le sostanze ingerite. Le sostanze vomitate avevano sapore acido e talora furono commiste a tracce di sangue. Questi disturbi che dapprima non erano continui si sono da un mese e mezzo aggravati: eruttazioni acide, grande debolezza, capogiri, ecc. Stipsi alternata a diarrea.

Stato presente - Aspetto generale cachettico, pannicolo adiposo assolutamente scomparso, cute pallida. Qualche rantolo qua e là nell'ambito polmonare e più specialmente alle due fosse soprapspinose ed all'apice sinistro, dove il respiro è meno chiaramente vescicolare che al destro.

Addome poco trattabile, dolente alla regione epatica. In corrispondenza del muscolo retto di destra, subito sotto l'arco costale si avverte un senso di resistenza mal definibile. Guazzamento gastrico esteso molto in basso. In limiti normali l'ottusità del fegato; questo non si palpa.

Esame dello stomaco - A digiuno si estraggono abbondantissime sostanze alimentari di color verde nerastro, a reazione acida intensa: è così pure quella dell'HCl libero. Acido lattico assente.

Dopo i pasti di Ewald e di Leube si estraggono abbondanti residui alimentari con intensissima reazione dell'HCl libero, senza quella di Uffelmann. Dilatato il ventricolo con gas, la piccola curvatura giunge quasi alla cicatrice ombelicale; la grande a due o tre dita sul pube.

Mentre all'inizio della malattia l'ammalata pesava Kg. 74 ora pesa Kg. 48. Durante la degenza si praticano numerose lavature gastriche fortemente alcaline; i vomiti cessano, ma persistono dolori vivi alla regione epigastrica, specialmente a destra con irradiazioni al torace destro.

23 Febbraio 1901 - *Operazione* - Laparotomia mediana sopra-ombelicale.

Ventricolo molto dilatato a pareti molto ispessite. Pilo inglobato da aderenze ed essudati; alla parete anteriore di esso, che ha superficie irregolare, tumida, con durezza, aderiscono molto intimamente l'omento, una ansa del tenue e la cistifellea distesa. Fegato alquanto ingrossato ma con forma, consistenza, superficie normali. Per la disposizione delle aderenze e l'aspetto della regione pilorica si giudica che il processo infiammatorio peripilorico è insorto con tutta probabilità in seguito ad ulcera. La stenosi del piloro è molto forte; il distacco delle aderenze, non sembra sufficiente a ristabilirne la permeabilità. Si pratica quindi gastro-enterostomia posteriore con bottone Murphy: si aggiunge la sutura di rinforzo. Chiusura della parete addominale a tre strati. Durata 25 minuti: nessun inconveniente.

Decorso - Regularissimo, apiretico; non essendo sopportata la nutrizione per clisteri, al terzo giorno si concede latte e marsala per bocca.

La lavatura gastrica praticata all'ottavo giorno dimostra che il ventricolo non contiene residui alimentari nè liquidi.

20 Marzo - Essa è guarita perfettamente ed ingrassata.

Dopo tre anni il medico di casa scrive che « la G. dopo l'operazione stette sempre bene; non più vomiti, ne dolori: è molto più grassa e florida ».

OSSERVAZIONE LXX - *Ulcera pilorica in corso di evoluzione con stenosi - Gastro-enterostomia posteriore retrocolica con bottone di Murphy - Guarigione.*

C. Maddalena, d'anni 26, Torino.

Entra il 22 Giugno 1901. Godette sempre buona salute sino a tre anni fa, allorchè soffersse un ilco-tifo il cui decorso fu regolare. Nella convalescenza intervenne un'affezione aftosa nelle mucose

della bocca, faringe ecc. con disturbi gastrici, per cui venne curato con pennellazioni di nitrato d'argento e lavature gastriche di nitrato d'argento.

A poco a poco apparvero poi dolori all'epigastrio, subito dopo i pasti, ed eruttazioni acidissime. Continuando i dolori ed il deperimento, l'ammalata ricoverò in Ospedale dove per circa tre mesi fu curata con lavature gastriche, disinfettanti, analgesici, ottenendo un miglioramento notevolissimo. È accertato che parecchie volte venne estratto sangue col contenuto gastrico, tantochè per queste ragioni dovettero essere interrotte le lavature. Ma dopo un mese i disturbi ricominciarono: dolori acutissimi e di più lunga durata, eruttazioni acide, vomito insistente ed abbondante, deperimento notevolissimo: dall'inizio della malattia sarebbe diminuita di circa 25 Kg. Peso attuale 47 Kg.

Esame obbiettivo. - Stato di nutrizione deficiente, l'addome è trattabile, indolente; guazzamento gastrico anche a digiuno. Ventricolo dilatato, ptosato. Con esami fatti dopo diversi pasti di prova, si trova leggerissima o mancante la reazione dell'HCl libero; evidente invece quello dell'acido lattico.

8 Luglio 1901. - *Operazione.* - Laparotomia mediana sopraombelicale. Ventricolo ampio, abbassato, con pareti di spessore normale, lisce e regolari; la regione pilorica si presenta ingrossata, immobilizzata da valide aderenze contratte col pancreas, con anse del tenue, coll'omento. Allontanate le aderenze intestinali ed omentali che sono recenti, si riconosce che il piloro è ristrettissimo, con pareti ispessite, irregolari, callose. Certamente risiede al piloro un'ulcera se non in corso di evoluzione progressiva certo non ancora completamente cicatrizzata, la quale ha causato la peripilorite recente.

Si pratica la gastro-enterostomia retrocolica posteriore mediante bottone di Murphy e sutura circolare di rinforzo.

Decorso regolare, apirettico; la nutrizione per bocca viene iniziata il sesto giorno. Il ventricolo si svuota bene fino dai primi giorni.

Il bottone viene emesso, senza alcun disturbo, il dodicesimo giorno.

Il 10 Agosto 1901 l'ammalata esce completamente guarita. Il ventricolo mediante ripetuti esami, col sondaggio, si mostra continente, e si svuota completamente sette ore dopo il pasto.

Da notizie assunte due anni e otto mesi dopo l'operazione si apprende che l'ammalata stette benissimo per un anno, durante il quale aveva un appetito superiore alla norma: poi ebbe per alcun tempo dei dolori e vomiti che furono attribuiti a nevrosi gastrica e curati con successo con questo criterio — in seguito non ebbe più alcun disturbo e attualmente pesa 58 Kg. — Si ciba senza alcun disturbo di qualsiasi alimento.

OSSERVAZIONE LXXI - 19 Luglio 1901 - C. Pietro, d'anni 46 -
*Stenosi cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia v.
 Hacker con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE LXXII - 2 Agosto 1901 - R. Ermelinda, d'anni 28
 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-entero-
 stomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy. -
 Morte.*

Dopo l'operazione temperatura normale, vomiti insistentissimi e dopo tre giorni morte, per atonia del ventricolo enormemente dilatato e sfiancato.

OSSERVAZIONE LXXIII - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera -
 Gastro-enterostomia alla Roux con sutura - Guarigione.*

P. Maria, d'anni 35, casalinga, Casale.

Entrata il 10 Settembre 1901.

Nulla di notevole nell'anamnesi remota. Quattro anni or sono cominciò ad avere inappetenza, difficoltà di digestione, vomiti mucosi. Con lavature gastriche ottenne miglioramento notevole.

Nel Febbraio del 1900 colta da influenza, si riacutizzarono i disturbi da parte dell'apparecchio gastro-enterico con vomiti dei cibi affatto indigeriti. Spesso i vomiti di sostanze mucose avvenivano anche durante i pasti; frequentissime le eruttazioni, leggiera piroisi. In questi ultimi tempi avviene immancabilmente durante i pasti, dopo l'ingestione di tre o quattro bocconi, un senso di difficoltà al passaggio del cibo attraverso l'esofago, e più precisamente una sensazione di costrizione retrosternale e di soffocazione con arrossamento del volto, lagrimazione e finalmente vomito. Col vomito emette talora solo liquido mucoso, talora i cibi ingeriti anche col pasto precedente se nell'intervallo non aveva vomitato, mentre il boccone che ha provocato il vomito talora non esce. Ha notato che tutti i cibi anche liquidi e la stessa acqua possono produrre il vomito, mentre in genere le frutta e la verdura lo producono costantemente; che per contro può digerire polenta e pasta asciutta, purchè molto masticata. Malgrado il vomito, persiste il senso di appetito. Stipsi, deperimento.

Esame obiettivo. - Donna di costituzione scheletrica regolare, stato di nutrizione generale scadente, pannicolo adiposo quasi mancante; tuttavia il colorito della cute e delle mucose si mantiene

normale. Visceri toracici sani, addome depresso, con pareti sottili. Nessuna resistenza o tumore alla palpazione della regione epigastrica; non si avverte il timpanismo del ventricolo.

Esame del ventricolo a digiuno. - Colla semplice spremitura si estraggono abbondanti quantità di liquido con numerosi residui alimentari del giorno precedente, reazione di Günzburg assente, reazione di Uffelmann evidentissima. Dopo il pasto di Ewald si estraggono le sostanze introdotte, quasi completamente indigerite; nel filtrato mancano tanto le reazione di Uffelmann, che quella di Günzburg.

25 Settembre 1901 - *Operazione.* - Laparatomia sopra-ombelicale mediana; nessuna aderenza, ventricolo ptosato e dilatato, a pareti spesse tuttora contrattili. Alla superficie anteriore del piloro in prossimità del suo sbocco nel duodeno. si nota una cicatrice di forma irregolarmente stellata, biancastra, retratta, da ulcera pregressa. Attraverso il punto stenotico, si riesce ad introdurre la punta dell'indice; si giudica che la stenosi, dovuta in parte alla presenza della cicatrice, in parte all'abbassamento del ventricolo, sia, se non grave, tale certamente da giustificare la gastro-entrostomia.

Il Prof. Carle si decide per l'operazione di Roux e quindi posti due klemmer del Doyen sulla prima ansa del digiuno, questa vien recisa ed il capo centrale del moncone periferico si anastomizza colla faccia posteriore del ventricolo mediante una doppia linea di sutura in seta: quindi si anastomizza l'altro moncone coll'ansa efferente mediante anastomosi laterale, usando anche qui le suture. Questa comunicazione fra il capo afferente e l'ansa efferente non si fa molto ampia, come quella che è destinata esclusivamente a dar passaggio alla bile ed al succo pancreatico. Terminata questa serie di anastomosi, si distende accuratamente sopra di esse il grande omento, e si chiude la parete addominale con tre strati di suture.

Decorso - Apiretico. Nei primi giorni si ha vomito piuttosto insistente di liquido denso grigiastro fetido, per cui si ricorre con successo alla lavatura gastrica: ma quando si inizia l'alimentazione boccale, il passaggio del cibo dal ventricolo all'intestino si vede che è molto difficile. Dapprima si pensa ad un processo infiammatorio intorno all'anastomosi, ma poi, continuando l'insufficiente svuotamento del ventricolo, col concetto che la comunicazione fra stomaco ed intestino sia troppo piccola, si procede ad una *seconda operazione*, colla quale, inciso il neopiloro, si riscontra la causa del ristagno consistere nel prolasso della mucosa gastrica sulla bocca efferente. Si adagia allora alquanto il capo dell'ansa efferente sulla parete del ventricolo; e, prolungata l'incisione del ventricolo e sull'ansa stessa per circa due centimetri in modo da

prolungare verso destra l'apertura di comunicazione, si suturano i due visceri allargando così notevolmente l'anastomosi.

Decorso - Ottimo, apiretico; il ventricolo dopo questa operazione si svuota completamente, la digestione si compie in modo facile, nè più avvengono vomiti.

12 Dicembre 1901: esce completamente guarita.

Recenti notizie informano che l'ammalata poco tempo dopo tornata a casa ebbe un periodo di appetito veramente formidabile, cosicchè era costretta a fare sei pasti al giorno, aumentando in 3-4 mesi di 18 Kg. Non ebbe più dolori.

OSSERVAZIONE LXXIV - 4 Ottobre 1901 - P. Maria, d'anni 24 -
*Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia
posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE LXXV - 10 Ottobre 1901 - R. Giuseppe, di
anni 45 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-
enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Gua-
rigione.*

OSSERVAZIONE LXXVI - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera
- Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di
Murphy - Guarigione.*

B. Sebastiano, d'anni 50, contadino, Nole.

Entrato il 10 Ottobre 1901.

Nessuna malattia prima dell'attuale, che cominciò un anno fa con senso di pirosi dopo i pasti, eruttazioni acidissime e qualche volta vomiti di sostanze molto acide.

Questi disturbi andarono man mano aumentando d'intensità, assolutamente ribelli ad ogni cura medica; deperimento notevolissimo. Stipsi.

Stato presente. - Individuo in condizioni generali piuttosto cattive; pannicolo adiposo scomparso; peso Kg. 46. Il ventricolo si rivela ptosato, arrivando la piccola curvatura a un dito traverso al disopra dell'ombelico, e la grande curvatura a cinque dita al disotto.

Capacità del ventricolo 1500 cc. Nessun dolore si provoca alla

palpazione, che non rivela alcuna resistenza o tumefazione abnorme.

Sia a digiuno come dopo parecchi pasti di prova, si trova sempre evidente la reazione di Günzburg, mancante quella di Uffelmann.

19 Ottobre 1901. - *Operazione*. - Laparotomia mediana sopra-ombelicale. Stomaco fortemente ectasico. La regione pilorica e la prima porzione del duodeno sono fissate da aderenze al fegato, al pancreas ed all'omento. Allontanate in parte le aderenze, si constata che il piloro stenotico è, specialmente sulla parete anteriore, assai duro ed ispessito, di apparenza cicatriziale.

Gastro-enterostomia posteriore retrocolica col bottone e sutura di rinforzo.

Sutura della parete addominale a tre piani.

Decorso regolare, apiretico; nessun vomito. Il ventricolo si svuota completamente fino dai primi giorni della nutrizione per via orale. Nessun dolore. Al 15° giorno, cinque ore dopo il pasto, si trova lo stomaco completamente vuoto ed il chimismo gastrico è perfettamente normale.

9 Novembre 1901: l'ammalato esce notevolmente migliorato nelle condizioni generali ed aumentato in peso.

OSSERVAZIONE LXXVII - *Stenosi cicatriziale del piloro con ulcera in atto - Ematemesi profuse. - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

Signora di 45 anni, di Milano. - Da lunghi anni, gastralgie, vomiti, eruttazioni acide. Segni di dilatazione gastrica. Nei giorni precedenti l'operazione, emorragie profuse e ripetute, per cui si ricorre d'urgenza all'atto operativo.

Novembre 1901. - *Operazione*. - Sulla piccola curvatura in vicinanza del piloro, quasi alla faccia anteriore del ventricolo, si trova una estesa cicatrice stellata circondata da una zona callosa di ispessimento, che si estende sul piloro, assolutamente impervio. Si pratica la gastro-enterostomia posteriore retrocolica col bottone di Murphy.

Decorso. - Ottimo. La guarigione si compie regolarmente. In pochi mesi la signora aumenta di 20 Kg. in peso. Non ebbe più ematemesi, nè dolori, nè vomiti.

Morì dopo due anni per tumore maligno dell'ovaio.

OSSERVAZIONE LXXVIII - *Ulcerà gastrica in corso d'evoluzione - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

U. Lucia, d'anni 36, operaia, Cuornè. Entrata in clinica il 18 Ottobre 1901.

Nell'anamnesi remota è da notarsi un tifo all'età di 7 anni: nel 1899 fu operata in questa clinica di raschiamento uterino e quindi di ventroflissazione dell'utero prolassato e retroverso; quindi nell'ottobre 1900 le fu praticato un nuovo raschiamento per metrorragie. La comparsa dei primi disturbi gastrici avvenne circa 6 anni fa, dopo un parto, insieme a fenomeni intestinali.

Cominciò allora una stitichezza ostinatissima ed insieme apparvero senso di peso all'epigastrio, difficoltà di digestione, inappetenza progressiva; poco dopo cominciarono anche forti dolori all'epigastrio ed alla regione interscapolare, specialmente qualche ora dopo i pasti, ed eruttazioni acide. Fino al Luglio di quest'anno l'ammalata continuò press'a poco nelle stesse condizioni, senza alcun riguardo speciale nella dieta e non ricavando alcun giovamento dall'uso di alcalini.

Nel mese suddetto, 5 o 6 ore dopo un pasto, la cui digestione era stata più laboriosa del solito, apparve vomito delle sostanze ingerite, per nulla modificate dal soggiorno nello stomaco; questi vomiti si ripeterono ad intervalli.

Nell'Agosto avvenne un vomito prettamente sanguigno, nerastro, poi continuarono giornalmente vomiti di sostanze acide o di cibi ingeriti senza che ricomparisse sangue.

Iniziato un regime dietetico rigoroso, qualche miglioramento avvenne, essendo cessati i vomiti giornalieri. Rimasero però la ripugnanza ai cibi, le eruttazioni acide, i dolori, e si è accentuato il deperimento.

Esame obiettivo - Condizioni generali discrete. Quanto agli organi toracici ed addominali è da notarsi solo: rene destro mobile ed utero fortemente antiverso col fondo aderente alla parete addominale.

Stomaco dilatato; a digiuno la grande curvatura giunge all'altezza della cicatrice ombelicale e talora si ha distinto guazzamento.

Disteso il ventricolo con gas (ciò che prova dolore, specialmente in corrispondenza della regione pilorica) la grande curvatura giunge a quattro dita trasverse sotto l'ombelico. Dolorosa la pressione all'epigastrio.

Durante la degenza, sottoposta l'ammalata a dieta leggiera, lavature gastriche regolari e somministrazione di alcalini, avvenne il vomito soltanto due o tre volte, alla distanza di 6 o 7 ore dopo

il pasto. Il 28 Ottobre avviene una leggiera ematemesi. In genere dopo due o tre ore dall'ingestione dei cibi, intervengono dolori vivi all'epigastrio con eruttazioni e spesso vere gastralgie che richiedono laudano e morfina.

Dopo pasti di prova si ha un'abbondantissimo residuo di cibi non digeriti, nei quali è positiva la reazione dell'HCl libero, negativa quella dell'acido lattico. Acidità totale 2,73 ‰. La reazione dell'HCl è evidente anche nel contenuto gastrico che si estrae a digiuno e che spesso è scarso.

21 Dicembre 1901 - *Operazione* - Laparotomia mediana alla regione epigastrica.

Stomaco alquanto dilatato, colon molto disteso. Palpando ed osservando lo stomaco non si incontrano indurimenti od altre alterazioni nelle pareti, all'infuori di una zona estesa come moneta da 2 cent. alla piccola curvatura in vicinanza del piloro.

Nessuna aderenza. Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone medio di Murphy e sutura circolare di rinforzo.

Sutura in triplice strato delle pareti addominali.

Decorso - Vomiti nei tre giorni successivi all'operazione, non contenenti bile. All'8° giorno si nota un accentuato slabbramento della ferita che richiede di nuovo la sutura a piani; null'altro di notevole nell'ulteriore decorso.

15 Gennaio. Già essendo l'ammalata a dieta ordinaria, si pratica una lavatura gastrica a digiuno, estraendo poco liquido leggermente verdastro per bile con filamenti di muco e qualche residuo di arancio mangiato nella notte. Si somministra quindi una pappa di avena che si estrae dopo un'ora, non ottenendo più 40 cc. di liquido poltiglioso bianco verdastro al cui esame chimico si riscontra presenza di HCl libero, non acido lattico. Acidità totale 2.10 ‰.

Viene emesso il bottone in ventinovesima giornata.

31 Gennaio 1902 - L'ammalata esce notevolmente migliorata, ingrassata, senza avere sofferto più alcun dolore anche dopo essere stata messa all'alimentazione normale.

Dopo 2 anni e 5 mesi, la paziente trovasi sempre in ottime condizioni di salute; non ha più avuto alcun disturbo gastrico, e si ciba della dieta comune.

OSSERVAZIONE LXXIX - 25 Febbraio 1902 - C. Caterina di anni 52 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore retrocolica col bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE LXXX - *Stenosi pilorica cicatriziale - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

B. Pietro, d'anni 25, contadino, Villamiraglia.

Entra il 26 Marzo 1902.

Dedito al bere e masticatore di tabacco, non soffrì malattie di importanza. Quando fu soldato, ebbe disturbi gastrici che gli impedirono di compiere il servizio. Dopo dieci mesi veniva infatti rimandato a casa, con diagnosi di catarro gastrico. I disturbi allora cominciati: nausea, vomiti, digestione difficilissima, cefalea, continuarono di poi quasi ininterrottamente. Il vomito è sempre avvenuto subito dopo il pasto, specialmente se questo era liquido (!); dice che negli ultimi tre mesi non ha quasi mai avuto beneficio di corpo, vomitando egli tutto quanto ingeriva.

Dimagrimento (da Kg. 65 a Kg. 53,5). Nessuna cura ha portato qualche beneficio.

Esame obbiettivo. Individuo in condizioni generali discrete. - Nulla di anormale ai polmoni ed al cuore. Addome alquanto depressso, indolente. Molto distinto guazzamento gastrico, timpanismo su tutto l'ambito. Dilatato il ventricolo con miscela gasosa, la grande curvatura giunge a tre dita sotto la cicatrice ombelicale, mentre la piccola curvatura si trova a livello dell'appendice xifoide. Si ha ancora suono timpanico molto in alto sul torace sinistro.

Esame dello stomaco a digiuno. Si estraggono due calici di liquido torbido, denso per residui alimentari. Reazione acida. Günzburg positiva. Uffelmann negativa.

Capacità del ventricolo a digiuno: 2806 cme.; l'ottusità del ventricolo pieno di liquido giunge a tre dita circa sotto l'ombelico. Cinque ore dopo il pasto di Leube, si estraggono residui alimentari; reazione acida intensa; presenza di acido cloridrico libero, non acido lattico.

1 Aprile 1902. *Operazione.* Laparotomia mediana sopra-ombelicale. Stomaco poco dilatato con pareti ipertrofiche. Alla superficie anteriore del piloro si trova un'estesa cicatrice dura, stellata, esito, a quanto pare, di un'antica ulcera passata inosservata. Invaginando la parete anteriore del ventricolo, non si riesce ad impegnare la punta dell'indice nell'anello pilorico; l'apertura è stretta, irregolare, ridotta ad un cingolo strozzante resistentissimo.

Gastro-enteroanastomosi retrocolica posteriore con bottone di Murphy, sutura circolare di rinforzo. Chiusura delle pareti addominali in triplice piano.

Decorso perfettamente apiretico: il 2 ed il 3 Aprile vomito bilioso abbondantissimo, per cui si dà esito al liquido refluento con la sonda. Il reflusso di bile continua ancora per qualche giorno, come si constata con la lavatura, ma dopo la decima giornata scompare. Il ventricolo si svuota bene.

Qualche dolore intestinale durante la migrazione del bottone, che viene emesso in venticinquesima giornata.

Il 3 Marzo 1898 l'ammalato esce guarito, a dieta comune.

OSSERVAZIONE LXXXI - 20 Aprile 1902 - B. Michele, d'anni 40
- *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera* - *Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy* - *Guarigione.*

OSSERVAZIONE LXXXII - *Ulcera gastrica in corso di evoluzione* - *Ematemesi profuse* - *Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy* - *Guarigione.*

R. Francesco. d'anni 43, Capitano dei RR. Carabinieri, Milano. Entra nell'Ospedale Mauriziano il 28 Maggio 1902.

Nel 1884 contrasse la sifilide. Nel 1892 soffrì in Africa di febbri malariche. Forte bevitore e fumatore. Nel Dicembre 1897 notò, dopo una marcia, un forte dolore puntorio all'epigastrio. D'allora questo dolore si ripeteva sempre, tre o quattro ore dopo i pasti. Non ricavò alcun beneficio dalla cure mediche. Andò anzi peggiorando: al dolore, fattosi quasi continuo, si aggiunsero anoressia, pirosi, vomiti con strie sanguigne; dimagrì in modo notevole.

Fu diagnosticata ulcera gastrica e consigliata l'operazione chirurgica.

L'individuo è molto denutrito e depresso. La palpazione all'epigastrio provoca vivi dolori, irradiantisi sia a destra che a sinistra.

I cibi liquidi determinano dolori e conati di vomito. Le feci sono nerastre.

Dopo tre giorni dall'entrata nell'Ospedale ha una forte ematemesi; emette abbondanti coaguli nerastri.

Si tralascia perciò l'esame con la sonda gastrica, e si stabilisce l'intervento. Il paziente è molto pallido, anemico. Emometria 45.

3 Giugno 1902 - *Operazione.* Laparotomia mediana. Al piloro si sente un indurimento calloso dovuto certamente all'ulcera.

Gastro-enterostomia posteriore transmesocolica alla v. Hacker, col bottone di Murphy. Nessun inconveniente. L'operazione viene eseguita in pochi minuti.

Decorso post-operatorio. - Dopo l'operazione le condizioni del paziente si rilevano rapidamente. Guarigione per prima intenzione. Iniezioni ipodermiche di preparati di ferro.

Esce dall'Ospedale 24 giorni dopo l'operazione. Mangia cibi solidi ed è aumentato in peso.

Dopo un anno il paziente è in condizioni floridissime. Fa vitto comune, pure attenendosi a certi riguardi. Da parecchi mesi ha ripreso servizio, cavalca, fa lunghe marcie senza risentirne alcun disturbo. Non ha più avuto dolori all'epigastrio, nè vomiti, nè emorragie; il suo stato di nutrizione è florido. Dall'uscita dall'Ospedale è aumentato in peso 22 kg.

OSSERVAZIONE LXXXIII - 22 Giugno 1902 - S. Casimiro, di anni 40 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE LXXXIV - 13 Settembre 1902 - B. Giovanni, di anni 31 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE LXXXV - 24 Settembre 1902 - G. Giovanni, di anni 39 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE LXXXVI - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera gastrica - Gastro-enteroanastomosi transmesocolica posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

D. Felice, di anni 63, benestante, Modena.

Entrato il 16 Dicembre 1902.

Nessuna malattia pregressa d'importanza. La presente affezione ebbe inizio nell'inverno 1899 con leggieri disturbi gastrici (inappetenza, pirosi, leggieri dolori all'epigastrio con senso di peso dopo i pasti), vinti perfettamente con una cura lattea di circa 20 giorni.

Nel Gennaio 1900, dopo un attacco d'influenza, riapparvero gli stessi disturbi, cui si aggiunsero frequenti eruttazioni acide, nausea e vomiti, dei quali alcuni avevano tinta caffèana, e che apparivano specialmente qualche ora dopo il pasto. Spiccata ipercloridria nelle sostanze vomitate.

La diagnosi fu di ulcera; una cura rigorosa istituita con questo criterio diagnostico, ebbe però effetto assolutamente negativo; deperimento crescente e rapido, intolleranza sempre maggiore per qualunque sostanza anche liquida. Fu solo dopo un lungo periodo di riposo assoluto in posizione supina, somministrazione di larghe dosi d'alcalini (l'acidità totale era allora 3,65 ‰ e l'HCl libero 2,73 ‰), lavande gastriche mattutine, faradizzazioni del ventricolo, iniezioni di stricnina ecc., che il D. poté credersi completamente ristabilito. Il 27 Luglio del 1900, dopo 2 mesi di questa cura (Prof. Murri), egli poteva riprendere le consuete occupazioni, essendo cresciuto 12 kg. in peso, e solo assoggettandosi ad una dieta un po' riguardosa.

Godette buona salute fino al termine del 1901; a quest'epoca bastò una leggera modificazione nel vitto perchè ricominciassero gli antichi disturbi, ai quali non posero riparo frequenti lavature mattutine, con le quali venivano estratte ora scarse ora notevoli (persino un litro) quantità di liquido filante con più o meno abbondanti residui, a reazione spiccatamente acida, con 1-1 1/2 ‰ di acido cloridrico libero. In questo periodo si riaccentuò il deperimento; fu riscontrata notevole gastrectasia con deficienza della motilità del viscere, e succorrea più o meno abbondante. Ripetuta la cura di due anni prima, verso il Maggio del 1902, i risultati furono identici, con aumento di peso del corpo di kg. 9; però furono meno duraturi, chè durante l'estate qualche disturbo digestivo persistette, e nel Settembre avveniva una ricaduta molto più grave della precedente.

Più precisamente, ai soliti disturbi si aggiunsero di nuovo ematemesi, abbastanza copiose e ripetute due o tre volte. Da allora il paziente fu costretto a dieta rigorosissima e fu sottoposto a lavature gastriche mattutine per mitigare i dolori e le frequentissime eruttazioni acide e per opporre un rimedio al ristagno spesso molto notevole delle sostanze ingerite il giorno prima. Deperimento straordinario.

Esame obiettivo. - Individuo di costituzione scheletrica regolare, pannicolo adiposo assente, cute terrea, mucose pallide. Nulla ai visceri toracici. Addome trattabile, indolente, fuorchè all'epigastrio, dove si nota una certa dolorabilità alla palpazione profonda, e si avverte una resistenza indistinta specialmente a destra della linea mediana sopra l'ombelico. Difesa discreta del muscolo retto di destra nel quadrante superiore. Guazzamento distintissimo.

Grande curvatura a tre dita sotto la cicatrice ombelicale, anche senza distensione del ventricolo.

Esame dello stomaco (fatto due giorni prima dell'ingresso): a digiuno con la semplice spremitura si estraggono circa 200 cc. di liquido filante, d'odore fortemente acido con qualche residuo alimentare del giorno precedente. Evidentissima la reazione di Günzburg, assente quella di Uffelmann.

Un'ora dopo pasto di Ewald, si estraggono circa due litri di liquido torbido contenente tutto il pasto introdotto, in gran parte indigerito. Acidità totale 3,27 ‰ di cui 2,9 ‰ dovuta ad acido cloridrico libero. Non acido lattico.

Vista l'assoluta insufficienza delle cure mediche, si decide l'operazione.

18 Dicembre 1902 - *Operazione*. - Previa gastrolusi, morfiocloronarcosi (mal sopportata, durante l'atto operativo, per le condizioni del cuore: P. 35-40). Laparotomia mediana sopra-ombelicale per circa 12 cent. Stomaco molto dilatato, a pareti sottili; così pure esilissime le pareti del tenue.

Alla superficie anteriore della regione pilorica si trova una molto evidente cicatrice raggiata, biancastra, depressa, estesa come moneta da due franchi, fortemente stenosante. Qualche aderenza antica all'intorno.

Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore con bottone medio di Murphy; sutura circolare di rinforzo.

Sutura delle pareti addominali in triplice strato.

Operazione rapidissima, senza incidenti.

Decorso ottimo; non vomiti, non rialzo di temperatura. Nutrizione con clisteri nei primi 4 giorni; al 3° giorno si concede qualche po' di caffè con cognac. Poi dieta liquida. La ferita guarisce per prima.

Bottone emesso al 16° giorno. Non diarrea.

Quando l'ammalato si mette a dieta comune non ne risente alcun disturbo.

Esce guarito il 15 Gennaio 1903.

Notizie recenti (dopo 15 mesi dall'atto operativo) recano che il D. è sempre atteso alle ordinarie occupazioni, senza alcun dolore, senza riguardi di dieta; è aumentato in peso di Kg. 8,300.

OSSERVAZIONE LXXXVII - 18 Dicembre 1902 - D. Giuseppe, d'anni 28 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE LXXXVIII - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera gastrica - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

Uomo di 20 anni. Gastralgie; vomito, talora caffeeano, dopo il pasto; deperimento rapido.

Dicembre 1902. - *Operazione.* - Ventricolo ipertrofico, di volume normale. Il piloro ispessito, duro, assai aderente posteriormente al pancreas, presenta stenosi d'alto grado; la sua sierosa è sede di cicatrici irregolari, biancastre. Queste cicatrici e l'estesa aderenza contratta col pancreas sono certamente dovute ad ulcere.

Gastro-enterostomia posteriore. Bottone di Murphy. Sutura di rinforzo.

Decorso regolare. Guarisce bene. Il bottone viene emesso al 26° giorno. Sta tuttora benissimo.

OSSERVAZIONE LXXXIX - 27 Dicembre 1902 - P. Carolina, di anni 43 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Morte.*

Dopo l'operazione, fatta con ammalata in condizioni gravissime, si ottenne un momentaneo miglioramento nello stato generale, ma fu impossibile nutrire sufficientemente la paziente, che coi segni di progressivo deperimento moriva dopo circa 3 settimane.

OSSERVAZIONE XC - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera con peripilorite - Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

M. Anna, d'anni 54. casalinga, di Verzuolo.

Entra il 9 Marzo 1903. La malattia daterebbe da parecchi anni, iniziata con disturbi dovuti a senso vivissimo di pirosi, eruttazioni acide e forti dolori allo stomaco; essi si manifestavano specialmente dopo i pasti e più vivi nel decubito laterale destro. Diminuiti questi disturbi con una adatta cura, l'ammalata per diversi anni fu soggetta a senso piuttosto forte di pirosi, per cui fece frequente uso di alcalini; talora vomiti, non mai con sangue, e composti dalle sostanze precedentemente ingeste.

Saltuariamente, periodi di relativo benessere. Dai primi di

Febbraio u. s. sono ritornati più intensi i dolori, frequenti e quasi giornalieri i vomiti; questi avvengono di solito qualche ora dopo i pasti e con essi l'ammalata emette anche sostanze ingerite parecchi giorni prima. Le sostanze vomitate hanno sapore molto acido e talvolta amaro. Il vomito calma notevolmente i dolori. Entrata il 15 Febbraio nella sezione medica dell'Ospedale Mauriziano non ricavò alcun vantaggio dalle cure; per questo le venne consigliato l'intervento chirurgico.

Esame obiettivo. - L'aspetto generale è discreto; stato di nutrizione buono, visceri toracici sani. Addome ampio, floscio, trattabilissimo; indolente la regione epigastrica, dove nulla si palpa di anormale.

Esame del ventricolo. - A digiuno, dopo che l'ammalata ha vomitato due litri circa di liquido, con abbondanti residui alimentari, si estraggono circa 500 cc. di liquido scuro di odore nauseante, intensamente acido, con evidente reazione dell'HCl libero; assente l'acido lattico.

Dopo l'estrazione del liquido, procedendo alla lavatura dello stomaco con acqua e bicarbonato sodico, si estraggono ancora numerosi residui alimentari di sostanze ingerite anche parecchi giorni prima. La reazione dell'ematina fatta nel liquido estratto trova che il colorito scuro non è dato da sangue, ma dalle sostanze alimentari decomposte.

Il pasto di Ewald viene dopo un'ora estratto in totalità; reazione fortemente acida, evidentissima la reazione di Günzburg; manca quello di Uffelmann. Capacità dello stomaco misurato con acqua 1200 cc.

12 Marzo 1903 - *Operazione.* - Laparotomia mediana sopra-ombelicale. Ventricolo ampio, molto abbassato, a pareti sottili; aderenze periploriche numerose che possono essere allontanate in totalità. Piloro di apparenza cicatriziale, col lume non superabile dalla punta del mignolo.

Gastro-enterostomia posteriore col bottone di Murphy. Sutura circolare di rinforzo. Chiusura della parete addominale a 3 strati.

Decorso regolarissimo, se si eccettua un po' di reflusso di bile nel ventricolo nei primi 10 giorni, durante i quali si pratica lo svuotamento colla sonda. Somministrato un purgante in 12^a giornata. al 15^o giorno con dieta quasi ordinaria lo svuotamento avviene presto ed in modo completo. Dopo 6 ore lo stomaco è vuoto e per di più non contiene bile.

Bottone emesso in 17^a giornata.

14 Aprile 1903. L'ammalata esce perfettamente guarita. Da una lettera in data 3 Aprile 1904, apprendo che la M. dal giorno in cui ritornò a casa non ebbe più disturbi, ha sempre mangiato con appetito qualunque cibo ed è aumentata in peso di 16 kg.

OSSERVAZIONE XCI - 4 Aprile 1903 - P. Luigi, d'anni 47 - *Stenosi pilorica cicatriziale con peripilorite - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE XCII - 20 Maggio 1903 - R. Giuseppe, d'anni 27 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE XCIII - *Ulcera rotonda del piloro in corso di evoluzione - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

M. Maddalena, d'anni 18, contadina.

Entrata il 4 Settembre 1903.

Nessuna malattia pregressa. La presente iniziò 8 mesi fa con nausea, vomiti, e leggiera pirosi. Un'adatta cura trionfò in breve tempo di questi sintomi, e l'ammalata stette bene fino alla metà di Luglio u. s. A tale epoca riapparvero forti dolori alla regione gastrica, accentuati soprattutto dopo i pasti e, sembra, quando l'ammalata giaceva sul fianco destro o in posizione supina. Ai dolori si aggiunsero senso di bruciore, nausea, vomiti del cibo ingerito, pirosi, eruttazioni acide. Il vomito invece non avrebbe mai avuto questo gusto acido intenso; mai ematemesi; stipsi.

Ricoverata nell'Agosto u. s. nella sezione medica dell'Ospedale Mauriziano, nulla fu osservato di notevole all'esame obbiettivo.

L'esame del ventricolo a digiuno permetteva di estrarre quantità discreta di liquido verdognolo a reazione intensamente acida, con evidente reazione di Günzburg e senza acido lattico.

Un'ora dopo il pasto di Ewald, questo veniva estratto in totalità, ma ridotto a poltiglia; reazione fortemente acida, evidente quella di Günzburg. Lo stesso reperto 6 ore dopo il pasto di Leube, il quale lasciava abbondanti residui alimentari.

Durante un mese di degenza, l'ammalata ebbe più volte vomiti, per quanto ad intervalli più lunghi che prima d'iniziare la cura: due crisi però di dolori e vomiti furono straordinariamente intense anche pochi giorni fa.

Per questa inefficacia della terapia medica, si decide l'intervento chirurgico.

10 Settembre 1903 - *Operazione* - Laparotomia sopra-ombelicale

mediana. Ventricolo molto voluminoso, a pareti sottili, ptosato in basso e verso sinistra. La regione pilorica si osserva tumefatta per un ispessimento della parete anteriore, che, data l'assenza di eicatrici sulla sierosa e pei caratteri che offre alla palpazione, si giudica da ulcera in atto. La presenza di questa in rapporto coll'anello pilorico, rende l'orifizio così stretto da non permettere il passaggio dell'indice. All'intorno, nessuno essudato che possa far pensare a pregressa pilorite.

Gastro-enterostomia posteriore transmesocolica con bottone medio di Murphy e sutura circolare di sicurezza. Sutura in triplice stato delle pareti addominali.

Nessun inconveniente durante l'atto operativo.

Decorso regolare, apiretico. Già nei primi giorni dopo l'atto operativo il passaggio attraverso la nuova apertura è libero. Nessun dolore, nè vomito.

Non avvi reflusso di bile nel ventricolo. Esce guarita il 4 Ottobre 1903.

OSSERVAZIONE XCIV - 17 Settembre 1903 - L. Virginia, d'anni 28 -
Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.

OSSERVAZIONE XCV - *Ulcera gastrica in corso di evoluzione - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore col bottone di Murphy - Guarigione.*

V. Giovanni, d'anni 19, contadino, Piazzo.

Entra il 7 Settembre 1903.

Soffrì da bambino di ileo-tifo. Un anno fa cominciò ad avvertire difficoltà nella digestione, senso di peso all'epigastrio e poi vomito delle sostanze ingerite, subito dopo il pasto. Questi disturbi sono andati via via aumentando senza che il paziente perdesse il senso dell'appetito; ma negli ultimi tempi, subentrando il vomito pressochè dopo ogni pasto, l'ammalato deperì notevolmente.

Stato presente - Giovane di costituzione scheletrica regolare; masse muscolari poco sviluppate, pannicolo adiposo quasi del tutto assente. Cute secca e pallida.

Nulla di notevole all'esame dei visceri; addome un po' depresso, timpanico e trattabile ovunque. Somministrati diversi pasti di prova, si trova costantemente positiva la reazione di Günzsburg, assente quella di Uffelmann.

Nella giornata del 10 Settembre l'ammalato ha abbondante vomito caffeeano per presenza di sangue; nei giorni seguenti son così vivi i dolori alla regione epigastrica, esacerbantisi ad ogni ingestione di cibo, che il malato si deve nutrire in gran parte per via rettale.

Tuttavia l'addome non si trova mai disteso o dolente.

28 Settembre 1903. - *Operazione.* - Laparotomia mediana all'epigastrio. Ventricolo assai disteso ed abbassato. Alla piccola curvatura si riscontra una tumefazione sporgente, piuttosto dura, che farebbe pensare ad una neoformazione maligna se il suo risolversi insensibilmente alla periferia e l'assenza di ghiandole ingrossate non dimostrasse che si tratta di una tumefazione periulcerosa recente.

Il piloro è perfettamente libero da aderenze, di ampiezza normale: non vi si vedono lesioni recenti, nè esiti di lesioni pregresse. Si pratica la gastro-enterostomia retrocolica posteriore col bottone di Murphy e sutura circolare di rinforzo.

Chiusura della parete addominale a tre piani.

Decorso. - Nei due primi giorni vomiti insistenti contenenti bile abbondante e anche sangue da emorragia gastrica sopravvenuta: poi il decorso continua regolare. In 11^a giornata praticando l'esame colla sonda, a digiuno si dà esito soltanto a scarsa quantità di bile. Il bottone viene emesso in 30^a giornata, avendo preceduto qualche dolore colico.

Il 4 Novembre l'ammalato esce completamente guarito senza alcun disturbo, cibandosi della dieta ordinaria.

OSSERVAZIONE XCVI - 9 Ottobre 1903 - R. Giuseppe, di anni 35 - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

OSSERVAZIONE XCVII - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera - Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone di Murphy - Guarigione.*

F. Maria, d'anni 36, contadina, Valgrisanche.

Entrata il 4 Dicembre 1903.

L'ammalata soffrì dai 22 ai 25 anni di dolori all'epigastrio irradiantisi alle regioni vicine, accompagnati a vomiti di sostanze verdastre, con sapore acre che avvenivano un'ora dopo i pasti e

cessavano col riposo e colla parsimonia del vitto: contemporaneamente soffriva di diarrea alternata a stipsi. Questi disturbi cessarono senza cure speciali, ma poi da poco più di un anno ricomparvero i vomiti accompagnati a cefalea, dolori lombari, bruciori all'epigastrio, senso di freddo. Entrata per questi disturbi il 3 Novembre u. s. nella locale clinica medica propedeutica, non fu riscontrato a carico dell'addome nulla all'infuori di una tumefazione globosa, timpanica, indolente nel quadrante superiore sinistro.

A digiuno non vennero estratti residui d'importanza: tuttavia si notava un poco di guazzamento a sinistra.

Dopo i pasti di prova, si estraevano i cibi poco digeriti e nel filtrato si riscontrava intensa reazione dell'HCl libero, negativa la reazione di Uffelmann. Acidità totale varia da 1,73 a 2,70 ‰.

Le lavature ebbero un effetto favorevole sul vomito, che senza l'uso di queste avveniva con grande pertinacia e frequenza. Essendo stata a volte tentata inutilmente l'estrazione del contenuto gastrico anche coll'aggiunta di acqua, mentre poco dopo l'ammalata aveva vomito di abbondante liquido misto a residui alimentari, la paziente viene mandata a questa clinica con diagnosi di probabile stomaco a clessidra.

Esame obiettivo - Donna deperita, pallida, emometria 55; addome piano; colon ascendente alquanto dilatato, dolore alla palpazione nella fossa iliaca destra presso il punto di Mac Burney e presso la cicatrice ombelicale. All'epigastrio, a destra della linea mediana, si avverte una indistinta resistenza alquanto maggiore che a sinistra. Il limite inferiore dello stomaco colla percussione è dato dall'ombelicale trasversa; evidente rumore di guazzamento superficiale che si diffonde anche a destra fin verso la mammillare. A digiuno non si estrae alcun residuo; dopo $\frac{3}{4}$ d'ora da un pasto di Ewald si estraggono circa 500 cc. di liquido torbido con molti residui indigeriti. Il filtrato è giallo-paglierino, evidenti le reazioni dell'HCl libero, negativa quella di Uffelmann; acidità totale 1,7 ‰, di cui 0,87 dovuta ad HCl libero.

Dilatato lo stomaco con gaz, esso viene a riempire completamente i quadranti di sinistra, giungendo la grande curvatura al pube; a destra giunge sino alla mammillare in corrispondenza del quadrante inferiore, mentre la linea sporgente che lo disegna degrada insensibilmente verso l'ombelico: il quadrante superiore destro è libero.

Somministrato un grammo di *salolo* frazionatamente durante il pasto, l'eliminazione colle urine comincia dopo ore 2 $\frac{1}{2}$ e finisce dopo 30 ore; dopo 40 ore riappare ancora una traccia della reazione salicilurica.

La reazione dell'*iodio* nella saliva si riscontra 10 minuti dopo l'ingestione di 10 centgr. di joduro potassico in capsula gelatinosa.

Durante la degenza, per quanto si osservi dieta esclusivamente liquida, l'ammalata ha qualche vomito; inoltre i dolori, specialmente verso sera e durante la notte, sono così vivi che neppure iniezioni di morfina valgono a calmarli.

19 Dicembre 1903 - *Operazione* - Laparotomia mediana sopra-ombelicale per circa 10 cm. Stomaco in parte ricoperto dal fegato, fondo della cistifellea aderente alla superficie anteriore del piloro.

Medialmente a questa aderenza, sulla stessa superficie anteriore ed un po' superiormente nella regione pilorica, si nota una ben evidente linea cicatriziale depressa, con decorso obliquo da destra a sinistra e dall'alto al basso, fortemente stenosante.

Gastro-enterostomia retrocolica posteriore col bottone medio di Murphy, sutura circolare di rinforzo; sutura delle pareti addominali a tre piani. Durata dell'operazione circa 18 minuti.

Decorso ottimo; si prolunga la nutrizione con clisteri aggiungendo in 3^a giornata un po' di latte; nessun vomito, eruttazioni o dolori.

In 6^a e 7^a giornata ha scariche spontanee, accompagnate da qualche dolore intestinale.

Il 1^o Febbraio 1904 l'ammalata esce completamente guarita, ingrassata. Si ciba, senza inconvenienti, della dieta ordinaria.

OSSERVAZIONE XCVIII - *Stenosi pilorica cicatriziale da ulcera*
- *Gastro-enterostomia retrocolica posteriore con bottone*
di Murphy - Guarigione.

V. Marianna, d'anni 40, contadina. Agliè.

Entrata il 24 Dicembre 1903.

Nell'anamnesi remota nulla di notevole. Fino dall'epoca del suo matrimonio, 11 anni fa, soffrì ad intervalli di tempo irregolari di dolori all'addome non localizzabili, a carattere di coliche, cui seguirono scariche diarroidiche.

Due anni fa questi dolori aumentarono e contemporaneamente insorsero crampi nella regione ombelicale, con senso di pirosi che si estendeva lungo l'esofago, mentre i dolori si propagavano a cintura fino alla colonna vertebrale e per alleviarli l'ammalata era costretta a procurarsi il vomito.

Alla diarrea successe una stitichezza ostinata.

L'anno scorso l'ammalata venne ricoverata all'Ospedale Mauriziano, dove le furono praticate lavature gastriche con vantaggio momentaneo. Talora con la sonda uscivano piccole quantità di sangue.

Il miglioramento non durò più di 15 giorni, avendo poi ripresi gli stessi disturbi; da notarsi una certa irregolarità nel ritorno dei dolori anche senza rapporto definito coi pasti.

Infine l'ammalata ricoverò 15 giorni fa nella Clinica medica propedeutica, dove le furono fatte diverse lavature con risultato pressochè negativo, specialmente sui dolori, e scarso anche sui vomiti.

I dolori sopravvenivano anche indipendentemente dai pasti cominciando all'epigastrio ed irradiandosi a cintura a sinistra sino alla colonna dorsale, così forti da causare tremiti generali e da strappare grida all'ammalata.

Esame obiettivo. - Donna di costituzione scheletrica regolare.

Muscolatura esile, pannicolo adiposo scarso; cute e mucose pallide. Nulla al cuore e polmoni. Addome trattabile, dolente in tutto l'ambito, ma soprattutto nella regione ombelicale.

L'ammalata ha dolori molto vivi ed accessi senza rapporto definito coi pasti, e vomiti ripetuti, mucosi od alimentari, per cui rifiuta qualunque cibo anche liquido.

A digiuno si estrae molto muco e liquido di reazione acida molto spiccata.

Dopo pasto di Ewald, si estraggono circa 200 cc. di liquido ricco di residui indigeriti. Acidità totale 2,66 ‰ di cui 1,168 ‰ dovuta ad HCl libero. Reazione di Uffelmann negativa. Al pasto di Leube si rinuncia per non provocare inutilmente dolori. Da notarsi la grande difficoltà ad ottenere colla sonda lo svuotamento completo del ventricolo.

5 Gennaio 1904 - *Operazione* - In antecedenza si cerca di svuotare lo stomaco colla pompa gastrica, ma si estrae, anche colla lavatura, solo del muco (mentre, come vedremo, si troverà ristagno).

Laparotomia mediana sopra-ombelicale.

Stomaco dilatato a pareti non molto sottili. Piloro a pareti ispessite con evidente cicatrice da pregressa ulcera sulla faccia anteriore e con aderenze alle parti vicine, compresa la cistifellea.

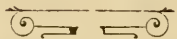
Si pratica la G. E. retrocolica posteriore con bottone di Murphy facendo l'apertura sulla parete gastrica molto in basso, in vicinanza della grande curvatura. Lo stomaco, non completamente svuotato, contiene del materiale gastrico; durante la fissazione della metà superiore del bottone, per un urto impresso inavvertitamente da uno degli assistenti, fuoresce circa un mezzo cucchiaino di contenuto gastrico che, ad onta delle compresse, imbratta le vicinanze del campo operatorio. Con garza imbevuta in soluzione fisiologica si fa un'accurata pulizia e si rinnovano le compresse. L'operazione termina senza ulteriori incidenti.

Sutura delle pareti addominali in triplice strato.

Decorso. - Regolarissimo, senza elevazioni di temperatura, senza

vomiti, nè singhiozzo. Soltanto in seconda giornata, una volta rigurgito di materiale gastrico di colorito bruno. Qualche vomito di materiale ingerito nei primi giorni della nutrizione boccale, ma cessano colle lavature. Si inizia una dieta mista il 27 Gennaio.

6 Febbraio 1904 - Esce perfettamente guarita, senza aver emesso il bottone.



STATISTICA

I.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

dell'

ULCERA GASTRICA IN EVOLUZIONE

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
1	^o 1	v. Eiselsberg	v. Hacker, Wien. klin. Wochenschr. 1895, n. 35, caso 17.	7-X-1880	u. 40	Ematemesi - melena - collasso.
2	2	Czerny	Maurer, Archiv f. klin. Chir. Bd. 31.	13-XII-1882	u. 41	Da due anni; dolori violenti, vomiti alimentari incessanti, estrema dilatazione.
3	3	Billroth	v. Eiselsberg, Archiv f. klin. Chir. Bd. 39, caso 13.	4-XII-1883	d. 50	Da 12 anni disturbi gastrici, bruciori; un' ematemesi; tumore sotto l'arco costale.
4	4	Cordua	Revue des sc. mèd. 1888.	1888	d. 45	Da 10 anni gastralgie; tumore mobile all'ipocondrio sinistro.
5	5	Körte	Langenbeck's Arch. f. klin. Chir. Bd. 63, caso 32.	14-IV-1890	d. 30	Da 9 anni disturbi gastrici, melena, ematemesi, dolori, vomiti; tumore all'epigastrio.
6	6	Mikulicz	Mitteil. a. d. Grenzgeb. Bd. 2, 1897, caso 22.	20-XI-1891	d. 24	Da 5 mesi dolori intensi, febbre, vomiti; tumore aderente alla parete.
7	7	Kehr	Berl. klin. Wochenschr. 1893, n. 21.	1-X-1892	d. 44	Da molti anni disturbi gastrici, accessi dolorosi.
8	^o 8	Roux	Semaine mèd., 1893, p. 15.	1893	u. ?	Anemia grave per due emorragie molto abbondanti, persino due litri.
9	9	Schuchardt	Semaine mèd., 1894, p. 203.	1894	u. ?	Molto cachettico, con sintomi di ulcera gastrica.
10	^o 10	Mikulicz	Mitteil. a. d. Grenzgeb. Bd. 2, 1897, caso 42.	22-IV-1894	d. 21	Da tre anni gravi dolori, melena. Nei giorni precedenti l'operazione, ripetute gravi ematemesi.
11	11	Krogius	Centr. f. Chir. 1896, p. 338.	2-VI-95	u. 51	Da 3-4 anni dolori all'epigastrio, eruttazioni acide, inappetenza; un' ematemesi. Da un anno tumore all'epigastrio nella metà sinistra.
12	^o 12	Elliot	Cutter, Boston med. journal 1897.	VIII-95	u. 37	Segni di ulcera da due anni. Dimagrimento; da 8 giorni ematemesi quotidiane.
13	13	Ceccherelli	Clinica moderna 1895, p. 119.	1895	u. 26	Da 9 anni disturbi gastrici: inappetenza, vomiti, fattisi poi frequenti: pirosi. Operato di piloroplastica per stenosi pilorica cicatriziale nel 1894. Recidiva.
14	14	Korteweg	Hildebrand's Jahresbericht 1895.	1895 ?	?	Disturbi gastrici da 14 anni, tumore dolente nella regione gastrica.
15	15	Klaussner	Münch. med. Wochenschrift 1896, p. 863.	29-II-96	d. 21	Da 4 anni e mezzo dolori, che dopo 1 anno erano intensissimi. Resistenza all'epigastrio.
16	16	Brenner	Arch. f. klin. Chir. Bd. 69, caso 1.	15-IX-96	d. 52	Da 29 anni disturbi gastrici: vomito, ematemesi. A diverse riprese dolori, gastralgie violente.
17	17	Id.	id. id. caso 2.	16-IX-96	d. 53	Da 1 anno. Dolori, dimagrimento, ecc.

NB. — Nei casi segnati da (o) l'indicazione all'intervento è stata data dalla gastrorragia.

I casi segnati con (*) non sono stati letti nell'originale.

Z I O N E

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Divisione delle aderenze col termocauterio; si cade in cavità. Resezione dell'ulcera.	Aderenze fra piloro, fegato e peritoneo. Ulcera con vasi trombizzati alla parete posteriore.	Morte subito dopo l'operazione (anemia summa); eros. dell'arteria coronaria destra.	
Resezione parziale.	Ulcera della parete posteriore, piccola curvatura e parte della parete anteriore: aderenze posteriori.	Guarigione	13 anni dopo bene il 20-II-1899 morto di tisi.
Resezione parziale; sutura di una perdita di sostanza dei muscoli addominali. Resezione, sutura.	Tumore della parete anteriore da ulcera, aderente alla parete addominale anteriore. ispessimento del contorno e della base di un'ulcera occupante la parete anteriore dello stomaco.	"	Dopo 6 mesi, bene.
Separazione delle aderenze. Resezione dell'ulcera; sutura.	Ulcera della parete anteriore aderente alla parete addominale. Aderenze.	"	Dopo dieci anni e mezzo, sta bene.
Resezione, sutura.	Parete anteriore ispessita alla piccola curvatura, aderente alla parete addominale anteriore. Nel mezzo vi è l'ulcera.	"	Bene per 5 anni e mezzo, poi leggera recid. guarita con cure mediche.
Escisione, sutura.	Ulcera al piloro.	3 volte ematem.	Dopo 2 anni disturbi gastrici, dolori, vomiti.
		Guarigione	
Escisione, legatura doppia dell'arteria: sutura.	Ulcera alla piccola curvatura che aveva eroso l'arteria coronaria.	"	
Escisione, sutura.	Ulcera alla piccola curvatura.	Morte dopo 15 giorni: altra ulcera.	
Gastrotomia. - Escisione, sutura.	Ulcera alla piccola curvatura, in cui si trova beante un ramo della coronaria.	Guarigione	3 anni dopo, sta bene.
Resezione tutto intorno alla parte aderente.	Parete gastrica anteriore aderente alla parete addominale anteriore e alle coste inferiori	"	
Resezione del piloro e del quinto dello stomaco.	Tumore pilorico del volume di un pugno.	Morte il 4° giorno in collasso	
Resezione dello stomaco e piloro per otto centim.	Tre ulcersi rotonde in corrispondenza del piloro e del duodeno.	Guarigione	
Lacerazione nello stomaco. Sutura.	Aderenze fra stomaco, fegato, milza e pareti addominali.	"	
Resezione in due tempi.	Ulcera della parete anteriore estesamente aderente alla parete addominale.	"	
Resezione, sutura.	Ulcera alla parete anteriore e piccola curvatura, aderente alla parete addominale anteriore.	"	Nel giugno 1902, sta bene.
Resezione.	Ulcera alla parete anteriore e piccola curvatura, adesioni al pancreas.	"	Dopo 6 settimane di benessere, dolori specie dopo il pasto.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
18	18	Kehr	v. Langenbeck's Arch. Bd. 58, p. 651.	16-II-97	u.47	Da 16 anni accessi dolorosi con vomiti ecc.; colelitiasi.
19	19	Kümmel	Hamburg. Jahrb. 1899-900.	25-II-97	d.25	Nel 1892 ulcera gastrica, da 4 mesi tumore, dolori.
20	20	Kappeler	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 49, caso 7.	1-III-97	u.36	
21	21	Lindner	L. u. Küttner, Chir. d. Magens 1898.	16-III-97	d.40	A 17 anni gastralgie, da 1 anno crampi gastrici. Vomiti. Tumore sotto l'arco costale.
22	22	Garré	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 415, c. 2.	12-VIII-98	d.23	Da 1 anno dolori, dimagrimento. Da 6 settimane vomito, anche con sangue. Tumore all'epigastrio.
23	23	Schwarz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1900, caso 11.	1-IX-98	d.34	Da 1 anno disturbi gastrici, gastralgie, vomiti. - Resistenza all'epigastrio.
24	24	Schwarz	id. caso 12.	15-XII-98	d.53	Da 1 anno gastralgie, vomiti.
25	25	Gilford	Guy's Hospital. Rep. 1898.	1898	d.19	Dolori, vomiti etc. recidivanti.
26	26	Lindstrom	Hygiea.	1898	u.52	
27	27	Schulz	Münch. med. Woch. 1898, p. 1398.	1898	d.48	
28	28	Sarytschew	Med. Obosr. 1899.	1898	u.48	Tumore facilmente palpabile. Diagnosi: Carcinoma gastrico.
29	29	Monprofit	Arch. prov. de chir. 1898, n. 8.	1898	d.63	Diagnosi: carcinoma.
30	30	Carle	vedi nostra casistica, caso 46.	5-III-1899	d.45	Da molti anni disturbi gastrici, dolori, nausea, vomiti; tumore nella regione sopraombellicale.
31	31	Brenner	Arch. f. klin. Chir. Bd. 69, caso 4.	19-VII-1899	d.44	Da anni disturbi gastrici, dolori; tumore nella regione gastrica.
32	32	Id.	id. caso 5.	24-X-1899	d.41	Tre anni prima improvvisamente vomito sanguigno, poi dolori, eruttazioni; dimagrimento.
33	33	Schwarz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1900, caso 13.	8-IX-1899	d.34	Operata nel 1895 per stomaco a clessidra. Da 6 mesi dolori; da 3 mesi tumore all'epigastrio che aumenta di volume.
34	34	Gersuny	Hirschfeld. Mitt. a. d. Grenzgeb. 1900, p. 466.	13-II-1900	d.38	
35	35	Mansell Moullin	Lancet. 1902, Vol. 2, p. 17.	25-IV-1900	d.28	Da 4 giorni emorragie imponenti: collasso.
36	36	Id.	id.	14-V-1900	d.26	Da 18 mesi disturbi gastrici, dolori, leggera ematemesi; prima dell'ammissione, ematemesi abbondantissime.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Escisione della parte di parete gastrica infiltrata. Estrazione dei calcoli biliari.	Aderenza della cistifellea al duodeno ed all'omento: un cordone unisce quella allo stomaco; si seziona e si vede che ha un lume (fistola) fra stomaco e vescica biliare.	Dopo 7 giorni, morte per polmonite.	
Escisione.	Tessuto cicatriziale intorno ad una vecchia ulcera.	Guarigione	
Escisione.	Ulcera della parete anteriore, vicino alla piccola curvatura.	"	
Resezione segmentaria larga.	Masse dure che uniscono la piccola curvatura al fegato. Nell'interno, una cavità comunicante col ventricolo.	"	Dopo 6 mesi, bene.
Resezione segmentaria.	Ulcera penetrante nelle pareti addominali, dalla parete anteriore vicino alla piccola curvatura. Altra ulcera nella parete posteriore avvolta in masse cicatriziali.	"	Dopo 1 anno apparve qualche dolore e vomito (a causa di aderenze).
Resezione di tutta la parte infiltrata.	Intima aderenza della piccola curvatura col fegato.	"	Dopo 3 mesi, bene.
Resezione, drenaggio.	Ulcera callosa aderente al fegato.	"	Dopo pochi giorni recidiva.
Escisione, sutura.	Ulcera alla parete anteriore vicino alla grande curvatura.	Morte dopo 16 ore.	
Resezione segmentaria.	Sclerosi della parete e tumore come una 1/2 avellana.	Guarigione	
Sutura.	Ulcera aderente alla superficie inferiore del fegato: nel liberarla, resta una perdita di sostanza nello stomaco.	"	
Resezione.	Ulcera rotonda al piloro estesa alla piccola curvatura e parete posteriore.	"	
Resezione del p. lora, impianto del duodeno nella superficie anteriore del ventricolo.	Grosso tumore pilorico (es: microscopico: ulcera).	Morte all' 8° giorno: peritonite perchè la sutura ha ceduto in parte.	
Resezione del tumore con un tratto della testa del pancreas. Sutura, drenaggio alla Mikulicz.	Infiltrazione della parete addominale, per un tratto aderente ad un'ulcera della piccola curvatura. Fitte aderenze cogli organi vicini.	Guarigione	
Resezione.	Aderenze dello stomaco colla superficie inferiore del lobo sinistro del fegato. Piccola curvatura aderente al pancreas che forma il fondo di un'ulcera della parete posteriore.	"	Luglio 1902: ritornato qualche dolore.
Escisione dell'ulcera. Sutura; drenaggio che si toglie dopo qualche giorno.	Aderenze della piccola curvatura colla superficie inferiore del fegato.	"	Luglio 1902: bene.
Resezione.	Ulcera callosa aderente alle pareti addominali.	"	
Resezione. Sutura.	Ulcera della parete anteriore penetrante nelle pareti addominali.	"	Dopo 1 mese, bene.
Gastrotonomia, escisione, sutura.	Ulcera vicino al cardias, emorragia dall'arteria gastro-epiloica.	Morte al 9° giorno per parolite suppurata.	
Escisione previa gastrotonomia. Sutura.	Piccola ulcera alla superficie anteriore vicino alla grande curvatura.	Guarigione	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
58	58	Jaboulay	Cavaillon, Lyon méd. 1903, vol. 2, p. 181.	10-VI-1903	d.41	Da 2 anni dolori, vomiti. Non ematemesi. Da 2 mesi dolori più vivi. Tumore doloroso all'epigastrio.

Resezione e Gastro-

59	1	Krönlein	Mittel. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 1.	24-XI-1887	u.24	Pochi mesi prima trauma all'epigastrio. Dolori, vomiti, ematemesi, segni di stenosi.
60	2	Jordan	Steudel, Bruns' Beitr. Bd. 23, p. 377.	8-IX-1897	d.27	Da 16 anni disturbi gastrici, ematemesi. Dimagrimento: vomito dopo quasi ogni pasto.
61	3	Ettlinger	Bruns' Beitr. Bd. 34, caso 7.	9-II-1898	d.42	A 8-10 anni disturbi da ulcera, melena; da tre settimane vomito. Dilatazione, insufficienza, emorragie, melena.
62	4	Hübener	Kausch, Mittel. a. d. Grenzgeb. Bd. 4, c. 21.	27-VIII-1898	u.44	Da 2 anni e mezzo bruciori all'epigastrio, poi vomiti; acidità normale.
63	5	Monprofit	Bull. et mém. soc. chir. 1898, n. 10.	1898	u.32	Diagnosi: carcinoma.
64	6	Brenner		25-X-1902	d.28	Da 4 anni bruciori, poi vomiti, dolori. Nel giugno 1902 ematemesi e melena. Cura Leube fallita.
65	7	Robson	Lancet 1903, vol. 2, p. 1297.	18-II-1903	u.54	Da 1 anno dolori, pochi vomiti, eruttazioni frequenti.
66	8	Mansell	Lancet 1904, p. 93, c. 11.	VII-1903	d.45	Dolori, vomiti; ematemesi e melena pochi giorni prima.
67	9	Moullin Schnitzler	Wien. med. Gesellschaft 1903.	1903	d.53	Da 2 anni dolori. Ematemesi ripetute negli ultimi giorni.

Escisione

68	1	Novaro	Contrib. alla chirurgia dello stomaco. Siena, 1899, c. 13.	30-II-1890	u.20	Vomiti, ripetute ematemesi.
69	2	Hofmeister	Bruns' Beitr. Bd. 15, p. 356.	18 VII-95	d.34	Da 17 anni vomiti, recentemente gastralgie forti. Si palpa un tumore all'epigastrio.
70	3	Mikulicz	Mittel. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 5.	7-XII-1895	u.31	Da due anni vomiti, dolori vivi. Dimagrimento.
71	4	Id.	Id. Id. c. 9.	7-XI-1896	d.34	Da 7 anni dolori. Ematemesi.
72	5	Codivilla	Boll. scienze med. 1899, c. 10.	16-V-1897	d.31	Da 18 mesi nausea; poi dolori e vomiti anche con sangue.
73	6	Henle	Allg.med.Centralztg. 1897, n. 8.	1897	d.25	Ripetute gravi emorragie; sintomi di irritazione peritoneale e dolori. Cure mediche inutili.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Escisione, sutura a borsa	Stomaco aderente in avanti alla parete per una superficie estesa come moneta da due franchi.	Guarigione	

Enterostomia.

Wöhrer, Resezione del piloro, chiusura del duodeno.	Ulcera circolare del piloro e del duodeno con fondo cicatriziale.	Morte per inanimazione dopo 1 giorno.	
v. Hacker con bottone. Escisione parziale dell'ulcera.	Infiltrazione dura alla piccola curvatura. Aderenze intime col fegato.	Guarigione. (Bottone?)	16-1-1898, bene; aumento in peso di 10 chilogr.
v. Hacker con bottone. Resezione del piloro.	Piloro fissato da aderenze al fegato e alla parete anteriore, e con una durezza estesa come una moneta da 10 centesimi.	Morte dopo dieci giorni: perforazione in corrispondenza del bottone.	
Resectio pylori, G. E. antecolica col bottone. Enteropanastomosi con sutura.	Tumore del piloro penetrante nel pancreas.	Morte dopo 2 giorni. Necrosi del pancreas.	
Resezione; chiusura dello stomaco e duodeno. Gastro - enterostomia alla Roux.	Ulcera callosa comprendente il piloro e il terzo inferiore dello stomaco.	Guarigione	
Resezione parziale e sutura.	Alla piccola curvatura vicino al piloro, tumore da ulcera, libero.	Vomiti, onde dopo 3 giorni G. E. - Guarigione.	
v. Hacker; escisione.		Guarigione	
v. Hacker. Escisione	Vecchia ulcera cronica alla piccola curvatura.	Collasso. Guarigione.	
v. Hacker, escisione, enteropanastomosi.		Guarigione	

e Plastica.

Escisione, piloroplastica.	Ulcera larga due cent. nella parete anteriore.	Guarigione	
Escisione con resezione delle pareti addominali e del fegato e riunione come per la piloroplastica.	Ulcera della parete anteriore e piccola curvatura aderente alla parete addominale ed al fegato.	»	dopo 3 mesi, bene; dolori scomparsi.
Escisione senza ledere la sierosa; piloroplastica.	Ulcera della parete posteriore del piloro aderente al pancreas.	»	
Escisione e piloroplastica	Ulcera della parete anteriore del piloro.	»	Dopo 7 mesi, bene
Resezione di una porzione di piloro a losanga, Plastica gastro - duodenale alla Durante. Colectistomia.	Aderenze numerose, comunicazione fra stomaco e cistifellea. Fuoresce bile nel distacco delle aderenze. Ulcera al piloro. Colectistite suppurat.	»	Morta il 26-IX per ascesso epatico.
Gastrotomia, escisione e sutura come per la piloroplastica.	Gastrectasia. Ulcera nella parete anteriore, parte pilorica.	»	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
74	⁰ 6	v. Eiselsberg	v. Langenbeck's Arch. Bd. 62, p. 64.	14-V-1898	d.36	18 anni fa ematemesi; così pure due anni fa, poi ripetute volte; 4 giorni fa violenti gastralgie.
75	7	Mayo- Robson	Diseases of the sto- mach, 1901, p. 114.	23-VII-1898	d.44	Da molti mesi, dolori.
76	[*] 8	Jaboulay	Vianney, Arch. prov. de chir. 1900.	1900	d.27	
77	⁰ 9	Czerny	Petersen u. Ma- ch, Bruns' Beitr. Bd. 33, p. 359, c. 54.	16-VI-1901	u.30	Da 10 anni dolori; inappetenza; ema- temesi. Nella settimana precedente, co- piosissime ripetute ematemesi.
78	10	Brenner	Arch. f. klin. Chir. vol. 69, c. 11.	7-XI-1901	d.56	Da tre anni inappetenza, dolori, vo- miti; ultimamente, ematemesi.
79	11	Krause	Bruns' Beitr. Bd. 41, p. 549, c. 4.	10-IX-1902	d.39	Da anni disturbi gastrici.

Gastro-Enterostomia

80	1	Rydygier	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 21, p. 577	20-VI-1884	u.32	
81	2	Id.	Id. Bd. 58, p. 227.	1887-88	d.25	
82	3	Salzer	Wien. klin. Wochen- schr. 1891.	24-XI-1889	u.27	
83	4	Parrow	Sainsbury, Lan- cet 1891, v. 1, p. 18.	24-X-1890	u.50	Da 9-10 anni vomiti, dolori, ematemesi. Tumore all'epigastrio.
84	⁰ 5	Doyen	Traité chir. d. affec- tions de l'estomac. 1895, c. 2.	9-VI-1892	u.40	Dall'età di 22 anni ematemesi abbon- dantissime, quasi mortali.
85	6	Codivilla	Sperimentale 1893, p. 406.	16-X-1892	d.41	Da 15 anni disturbi gastrici, dispepsia, vomiti, poi dolori, ematemesi. Tumore alla regione epigastrica.
86	⁰ 7	Küster	v. Langenbeck's Arch. Bd. 48, p. 786	4-VIII-1893	d.23	Da un anno gravi emorragie, dolori.
87	8	Doyen	Traité chir. d. affec- tions de l'estomac. 1895, p. 337, c. 16.	19-VII-1893	u.33	Da lungo tempo segni classici di ul- cera. Cachessia gravissima.
88	9	Id.	Id. c. 18.	12-XI-1893	d.42	
89	10	Id.	Id. —	XI-1893	u.40	Crisi gastralgiche antiche; ematemesi dimagrimento.
90	11	Monod	Jayle, Bull. de la soc. anat. 1893.	1893	u.46	Sintomi di carcinoma.
91	12	Carle	Nostra casist. c. 5.	22-V-1894	u.27	Da 1 anno gastralgie, vomiti, emate- mesi. Tumore sulla parasternale de- stra, Ipocloridria.
92	^{0*} 13	Küster	v. Langenbeck's Arch. Bd. 48.	27-VI-1894	u.42	Profuse emorragie.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Esezione fra due incisioni semielittiche, piloroplastica.	Alla piccola curvatura, ulcera leggermente aderente al pancreas. Pilo. relativamente ristretto.	Guarigione	Dopo 2 anni, bene.
Esezione, piloroplastica.	Ulcera al piloro, aderente al fegato.	"	Dopo un anno e mezzo, bene.
Sutura delle aderenze; resezione dell'ulcera con una specie di gastroplastica. Gastrorrafia.	Vecchia ulcera perforata, che ha determinate aderenze colla parete anteriore.	"	
Piloroemia. Esezione e sutura trasversale.	Cicatrice alla superficie anteriore del piloro. L'ulcera si estende in basso ed indietro sulla parete pilorica.	Morte il 3° giorno per polmonite bilaterale.	
Resezione, gastroplastica.	Ulcera della piccola curvatura.	Morte sette giorni dopo (debolezza).	
Esezione e sutura trasversale.	Alla piccola curvatura vicino al piloro, ulcera con margini ispessiti.	Guarigione	Dopo 4 giorni, per vomito infrenabile, gastro-enterostomia e digiunost. (v. oltre).

senza bottone.

Wölfler.		Guarigione	Dopo 2 anni, bene.
Wölfler.	Ulcera al piloro.	Morte 11 giorni dopo in collasso.	
Rockwitz. -Wölfler.	Tumore pilorico da ulcera, circondante tre quarti del piloro; aderente al fegato e pancreas.	Morte dopo cinque giorni; ulc. perforata in una cavità fra stomaco, fegato e pancreas.	
Wölfler.	Tumore al piloro intimamente connesso colla testa del pancreas.	Morte 48 ore dopo (vomiti biliari).	
v. Hacker.	Piloro e prima porzione del duodeno trasformati in una enorme massa callosa aderente agli organi vicini.	Guarigione	
Wölfler.	Tumore pilorico aderente al fegato e diffuso verso la testa del pancreas.	"	Dopo 2 anni, bene; tumefazione scomparsa.
Wölfler e termocauterizzazione.	Ulcera alla parete posteriore vicino al piloro. Nel fondo vi è un nocciolo di ciliegia.	"	Dopo 6 mesi, bene.
Doyen.	Peritonite sopra-ombellicale, aderenze fitte.	"	
Doyen.	Ulcera callosa della piccola curvatura lunga 6-7 centim.	"	
Doyen.	Non lesioni visibili sulla faccia anteriore.	"	
Wölfler.	Vasta ulcera a livello della piccola curvatura, aderente al fegato e penetrante in esso. Piloro non ristretto, ma ostruito.	Morte il giorno dopo.	
Bastianelli.	Alla regione pilorica della piccola curvatura, un tumore grosso come un uovo di gallina. (Ulcera penetrante nel fegato).	Morte al 6° giorno (sperone; emorragia dall'ulcera).	
Wölfler e termocauterizzazione.		Guarigione	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Età Zosso - Elà	Durata della malattia Indicazioni
93	14	Nicolaysen	Nord. med. Arkiv 1900, n. 17, c. 4.	VII-1894	n.35	Da 6 anni disturbi da ulcera.
94	15	Codivilla	Boll. scienze med. 1899, c. 8.	27-VII-1895	n.42	Da 5 anni. Tre anni prima ematemesi, dolori, vomiti.
95	16	Kappeler	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 49, c. 3.	3-X-1895	n.52	Da due anni dolori, vomiti molto insi- stenti.
96	17	Codivilla	Boll. scienze med. 1899, c. 9.	12-X-1895	n.38	Da 2 anni e mezzo dolori, vomiti, nausee.
97	18	Bramann	Sachtleben, Diss. Halle 1901, c. 18.	14-X-1895	n.18	Da 1 anno.
98	19	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 26.	9-XI-1895	n.31	Da 3 anni gastralgie, vomiti. Una volta ematemesi. Resistenza nella regione epigastrica. Dimagrimento. Acido lat- tico.
99	20	Hartmann	Travaux de chir. anat.-clin. 1903, oss. 2.	10-XII-1895	d.31	Aveva avute violente ematemesi.
100	21	Rydygier	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 58, p. 228	1895	d.32	
101	22	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 13.	25-III-1896	d.39	Da 1 anno dolori, vomiti, una volta ematemesi. Dimagrimento.
102	23	Brenner	v. Langenbeck's Arch. Bd. 13, p. 73, c. 15.	3-III-1896	d.45	Da 25 anni eruttazioni, vomiti; dima- grimento; dolori. Tumore dolente nella regione epigastrica sinistra. Vo- mito e feci nere.
103	24	v. Eiselsberg	v. Langenbeck's Arch. Bd. 54, p. 576	16-III-1896	d.43	Da 20 anni debolezza di stomaco, da 6 mesi aumentata. Ematemesi, dima- grimento. Tumore mobile nella re- gione pilorica.
104	25	Kappeler	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 49, c. 4.	7-VIII-1896	n.41	Da 11 anni disturbi gastrici; con le cure, passeggeri miglioramenti. Vo- miti, dolori atroci.
105	26	Tricomi	Polielinico 1900, c. 6.	10-X-1896	n.41	Da 4 anni vomiti, ematemesi, gastralgie, gastrectasia.
106	27	Mikulicz	Chlumsky, Bruns' Beitr. Bd. 20, c. 56.	17-X-1896	n.39	Da 1 anno.
107	28	Hartmann	Terrier et H. Chir. de l'estomac p. 159	21-XII-1896	n.48	Da 4 anni, vomiti, dolori, ematemesi ripetute; ristagno.
108	29	Körte	v. Langenbeck's Ar- chiv Bd. 69, c. 7.	19-II-1897	d.59	A 20 anni ed a 43, ematemesi. 2 anni fa dolori, vomiti, ematemesi; insuffi- cienza motoria. Tumore nell' ipocon- drio sinistro. Gastrectasia.
109	30	Kundrat	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 48, c. 8.	9-III-1897	n.50	Da 3 anni gastralgie, da 2 vomito, ac- centuatosi negli ultimi tempi.
110	31	Nicolaysen	Nord. med. Ark. 1900 n. 17, caso 7.	9-III-1897	d.49	Da 8 anni disturbi da ulcera; emate- mesi, dolori.
111	32	Id.	Id. caso 6.	22-III-1897	n.48	Da 11 anni disturbi da ulcera, dolori. Ematemesi gravi nei giorni precedenti l'operazione.
112	33	Id.	Id. caso 13.	8-VI-1897	d.48	Da circa 15 anni, disturbi gastrici. Ematemesi. Insufficienza; fece uso di lavature gastriche.
113	34	Id.	Id. caso 10.	10-VI-1897	n.27	Da 5 anni disturbi gastrici, ematemesi ripetute anche poco prima dell'oper.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler. v. Hacker.	Due ulceri nella parete anteriore vicino al piloro. Aderenze fitte al piloro.	Guarigione Morte dopo 5 giorni (peritonite). Ulcera aperta al piloro presso la piccola curvatura.	
Kappeler v. Hacker.	Massa cicatriziale e cordoni alla piccola curvatura verso il piloro. indurimento alla piccola curvatura.	Guarigione »	Dopo 32 giorni, morte per gangrena polmonare (Grossa ulcera al piloro). Dopo 3 anni, bene.
v. Hacker.	Piloro ispessito a guisa di tumore, aderente al fegato ed al colon trasverso.	Morte dopo 35 giorni (pericardite purulenta).	
v. Hacker.	Resistenza dura al piloro. Ulc. callosa della piccola curvatura penetrante nel pancreas; piloro ristretto.	Guarigione (Quando si rimette a dieta ordinaria persiste leggera insufficienza motoria. Non dolori).	
Wölfler.		Morte 30 ore dopo (piccola erosione emorragica).	
Wölfler.		Morte per emorragia. Fondo dell'ulcera nel pancreas.	
v. Hacker.	Ulcera alla piccola curvatura vicino al cardias.	Vomito di bile; il 28-III entero-anast. Il 29-III morte in collasso (sprone).	
Wölfler.	Nodo della piccola curvatura: infiltrata la parete posteriore, aderenze col pancreas.	Guarigione	Dopo 6 mesi, bene; non si palpa alcun tumore.
Wölfler.	La piccola curvatura è presa da un tumore duro, bernoccolato, poco mobile posteriormente.	»	Dopo 6 mesi bene.
Kappeler-Wölfler.	Aderenze fra stomaco e piccola curvatura Piloro ispessito.	»	Dopo 2 anni, bene.
Wölfler, su sostegno cavo di patata.	Tumore nella parete posteriore dell'antro pilorico, da ulcera della piccola curvatura.	»	Dopo 6 mesi bene; non si sente più alcun tumore.
Wölfler.		30-X-Enteroanastomosi per vomito biliare. Guarigione.	
Wölfler.	Ulc. callosa al piloro estendentesi profondamente nel fegato.	Morte dopo 6 giorni: diarree, collasso.	
Wölfler.	Duro tumore ad anello nel piloro, nascosto da adesioni.	Guarigione	Dopo 4 anni, bene.
v. Hacker.		»	Dopo 1 anno, bene.
v. Hacker.	Ulcera alla parete anteriore, piccola curvatura.	»	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Ulcera della parete anteriore, a cavallo alla piccola curvatura.	»	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Ulcera alla piccola curvatura e parete anteriore.	»	Dopo 3 anni, bene.
v. Hacker.		»	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Età - Sesso	Durata della malattia Indicazioni
114	35	Kehr	v. Langenbeck's Archiv, Bd. 58, pagina 654.	6-VII-1897	<i>u.</i> 35	Ebbe, anni fa, dolori all'epigastrio; ora ha dolori nella regione della vescica biliare; vomito.
115	36	Küster	Id. Bd. 48, c. 4.	23-VII-1897	<i>u.</i> 57	Ematemesi.
116	37	Terrier	Terrier et Hartmann, Chir. de l'estomac 1899, pagina 127.	24-VII-1897	<i>d.</i> ?	Da 2 anni violenti dolori, vomito, ematemesi.
117	38	Id.	Id.	25-VII-1897	<i>d.</i> 56	Da 4 anni disturbi gastrici; vomito, gastralgie ripetute, tumefazione dolorosa nella regione gastrica.
118	39	Tricomi	Polielinico, 1900, c. 8.	25-IX-1897	<i>d.</i> 24	Da 16 anni gastralgie; vomiti ed ematemesi.
119	40	Nicolaysen	Nord. med. Ark. 1900 c. 13.	28-IX-1897	<i>d.</i> 38	Dopo 10 anni disturbi dispeptici, vantaggi passeggeri colla dieta. Ematemesi.
120	41	Id.	Id. c. 14.	6-X-1897	<i>d.</i> 34	Da 10 anni disturbi gastrici, vomiti, dolori.
121	42	Giordano	Riv. ven. di scienze med. 1900, p. 216.	XII-1897	<i>d.</i> 29	Da un anno e mezzo dolori all'epigastrio, poi vomiti anche di sangue. Melena. Dilatazione.
122	43	Chaput	Bull. soc. chir. 1898, caso 1.	1897	<i>u.</i> 49	Da lungo tempo segni di ulcera gastrica. Ascite e grosso tumore all'epigastrio, diagnosticato per cancro.
123	44	Heidenhain	Deutsche chir. Congress 1902.	1898	<i>u.</i> ?	Ulcera stenosante con ematemesi.
124	45	Durante	Mattoli, La gastroenterostomia ecc. Roma 1903, p. 287.	22-I-1898	<i>u.</i> 45	Operato il 30-XI-97 di piloroplastica; il 14-XII per disordine dietetico vomiti, dolori, poi melena, ematemesi.
125	46	Körte	v. Langenbeck's Arch. Bd. 64, c. 12.	8-II-1898	<i>u.</i> 45	Da 10 anni disturbi gastrici, dolori. Diverso ematemesi. Insufficienza motoria.
126	47	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1903, caso 6.	14-II-1898	<i>u.</i> 36	Disturbi gastrici da 5 anni, aumentati da 6 mesi; 4 mesi fa ematemesi. Melena. Gastralgie.
127	48	Id.	Id caso 7.	12-III-1898	<i>u.</i> 50	Da 7 mesi disturbi gastrici; 5 mesi fa ematemesi, melena, vomiti ecc.
128	49	Carle	Nostra casistica c. 26.	15-III-1898	<i>d.</i> 62	Da 6 mesi dolori, nausea; da 15 giorni vomito insistente. Condizioni generali gravi.
129	50	Kappeler	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 49, c. 7.	12-IV-1898	<i>u.</i> 37	Già operato un anno prima di escisione di un'ulcera della parete anteriore vicino alla piccola curvatura. Dolori. Dilatazione. Ristagno.
130	51	Mayo Robson	Lancet 1900, v. 1.	6-V-1898	<i>u.</i> 31	Da 2 anni dilatazione.
131	52	Nicolaysen	Nord. med. Ark. 1900, c. 15.	14-V-1898	<i>d.</i> 46	Da 5 anni disturbi gastrici; ematemesi.
132	53	Carle	Nostra casistica c. 30.	V-1898	<i>u.</i> 20	Digestioni difficili. Vomiti cafeeani.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker. Sutura.	Calcoli nella cistifellea: aderenze di questa al piloro, che si lacera.	Morte 48 ore dopo in collasso (grossa ulcera al piloro).	
Wölfler e termocauterizzazione.		Morte nella stessa giornata (ulcera perforata).	
Wölfler; raschiamento del tragitto e sutura.	Fitte aderenze dello stomaco alla parete addominale: al disotto, piccolo ascesso comunicante con un tragitto che porta entro lo stomaco.	Guarigione	Dopo 12 mesi, bene.
Wölfler; raschiamento del punto ulcerato e sutura.	Estese aderenze dello stomaco al fegato; piccolo ascesso vicino al piloro, da perforazione di un'ulcera in questo punto.	*	Dopo 1 anno, bene. Ipercloridria.
Wölfler su sostegno di patata.	Ulcera della piccola curvatura aderente al fegato; perigastrite adesiva.	*	
v. Hacker.	Ulcera alla piccola curvatura vicino alla parete anteriore.	*	
v. Hacker.	Due ulceri, una nella parete anteriore, l'altra nella posteriore, nella regione prepiloric.	"	Dopo 1 anno, bene.
Wölfler.	Ispezzita la parete posteriore dello stomaco, in vicinanza del piloro.	"	Dopo 2 anni, bene.
Gourvoisier.	La cavità gastrica comunicava con un grosso ascesso del pancreas.	Morte per circolo vizioso (sprone).	
Wölfler.		Guarigione	Dopo alcuni mesi ulc. nel margine sup. dell'aper. di anastomosi. Sutura. Dopo pochi mesi, ulc. gastrica del digiuno; sutura, gastro-entrostomia. Guarig.
Wölfler.		Morte dopo pochi giorni. Bronco-pneumite (ulceri recenti al piloro).	
v. Hacker.	Ulcera crateriforme della piccola curvatura penetrante nel pancreas.	Morte al 12° giorno (Emorragia dall'arteria coronaria sinistra).	
v. Hacker.	Indurimento vicino al piloro.	Guarigione	Dopo 5 anni, bene.
v. Hacker.		*	Dopo 4 anni e mezzo, bene.
v. Hacker. sutura dell'ulc.	Ulcera al piloro. Tumore grosso come un uovo, ulcerato verso il peritoneo, con aderenze al fegato e pancreas.	Morte dopo 7 giorni (perforazione ulcera duodenale).	
Kappeler.	Aderenze fitte e numerose fra stomaco e pareti addominali anteriori.	Guarigione	
Wölfler.		*	Dopo 18 mesi, bene.
v. Hacker.	Aderenze; due ulceri nella piccola curvatura.	*	Dopo 1 anno, bene.
v. Hacker.	Tumore del volume di una noce, al piloro; aderenze.	*	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
133	54	Tricomi	Policlinico 1900, c. 13.	30-VI-1898	d.24	Da due anni vomiti. Ematemesi.
134	55	Brentano	Körte u. Herzfeld v. Lang. Archiv Bd. 63, c. 13.	2-VII-1898	d.19	Da 3 mesi; ematemesi, dolori. Cura medica inutile, forte iperacidità.
135	56	Nicolaysen	Nord. med. Ark. 1900, c. 19.	14-IX-1898	d.27	Da 7 anni disturbi gastrici; ematemesi, dolori, vomiti.
136	57	Kehr	v. Langenbeck's Ar- chiv Bd. 58, p. 681.	29-IX-1898	u.35	Da 11 anni dolori; dimagrimento.
137	58	Mayo Robson	Diseases of the sto- mach 1901, p. 118.	4-X-1898	d.32	Operata il XII-1895 di piloroplastica, ri- torno di dilatazione; vomiti; anemia, dilatazione notevole.
138	59	Nicolaysen	Nord. med. Ark. 1900, c. 20.	18-X-1898	d.36	Da molti anni disturbi gastrici, vo- miti, dolori.
139	60	Nicolaysen	Id. c. 21.	26-XI-1898	d.43	Da 15 anni disturbi da ulcera; emate- mesi; dolori; vomiti.
140	61	Lindström	Hygiea 1898, L. 8.	1898	d.29	Da 10 anni sintomi di ulcera, inefficaci le cure mediche.
141	62	Id.	Id.	1898	d.43	Da due anni sintomi di ulcera gastrica; forte dilatazione.
142	63	v. Eiselsberg	v. Langenbeck's Ar- chiv Bd. 62, c. 60.	2-I-1899	d.33	Negli ultimi due anni disturbi gastrici; vomiti e dolori più intensi negli ul- timi due mesi. Dimagrimento.
143	64	Kehr	Deutsche Gesellsch. f. Chir. 1900.	2-I-1899	d.20	Operata il I-VI-98 di G. E. v. H a c k e r ed E. A., dopo 6 settimane circolo vizioso.
144	65	Id.	Id.	X-1899	d.20	Dopo la 2ª operazione, vomiti.
145	66	Schwarz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1900, c. 12.	3-I-1899	d.33	Già reseca l'ulcera e sciolte le ade- renze, senza risultato.
146	67	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1903, c. 14.	13-IV-1899	u.58	Da 10 anni disturbi gastrici; crisi 4 ore dopo i pasti; spesso vomiti, 4 anni fa ematemesi. Da 4 mesi dolori quasi continui.
147	68	Nicolaysen	Loc. cit., c. 23.	26-I-1899	d.47	Da 14 anni disturbi da ulcera. Ema- temesi. Vomiti. Dolori. Ristagno.
148	69	Rydygier	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 58, c. 13.	13-II-1899	u.44	
149	70	Hartmann	Loc. cit., c. 12.	14-II-1899	u.45	Stenosi pilorica con stasi.
150	71	Brenner	v. Langenbeck's Ar- chiv Bd. 69, c. 18.	20-II-1899	d.55	Da qualche anno, vomiti, dolori; dima- grimento.
151	72	Hartmann	Loc. cit., c. 11.	15-I-1899	u.56	Disturbi gastrici da 1 anno. Dolori, vomiti, dimagrimento.
152	73	Kocher	Kaiser, Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 61, c. 8.	21-IV-1899	u.50	Da 15 anni ulcera gastrica con emate- mesi; 1 mese e mezzo fa sin- tomi di perforazione. Peritonite. Ascesso subfrenico guarito sponta- neamente.
153	74	Giordano	Riv. ven. di scienze med. 1900, p. 257.	V-1899	u.41	Gastralgie, vomiti; saturnismo. Enorme deperimento.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Roux. (con sostegno di patate).	Ulcera nella parete posteriore	Guarigione	
v. Hacker.	Adesioni intorno al piloro.	»	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Tre ulc. alla parete anteriore verso la regione cardiaca, e nella piccola curvatura.	»	Dopo 8 mesi, bene.
v. Hacker.	Ulcera al piloro. Dilatazione.	»	
Wölfler (Bobina di Robson).		»	Dopo 16 mesi, bene.
v. Hacker.	Ulcera con margini ispessiti, infiltrati, alla piccola curvatura. Tendenza allo stomaco a clessidra.	»	Dopo 17 mesi, bene.
v. Hacker.	Aderenze della parete anteriore col fegato. Ulc. della parete anteriore.	»	
Wölfler.	Piccola curvatura resistente posteriormente e fissa.	Morte dopo 6 giorni p. ingiunocchiamento dell'ansa efferente.	
Wölfler.		Guarigione	Dopo 8 mesi, bene.
v. Hacker.	Grossa ulcera con margini crateriformi al piloro, che ne veniva ristretto.	»	Dopo 6 mesi, improvvisamente gastralgia; ematemesi.
Wölfler.		»	
Wölfler-Roux.	Anastomosi di Wölfler quasi del tutto oblitterata.	»	Dopo un mese e mezzo, bene.
Wölfler; fissazione dell'ansa efferente alla piccola curvatura.	Preesisteva un'ulcera callosa aderente al fegato.	»	Semplice miglioramento: fu necessaria una cura Leube.
v. Hacker.		»	Dopo tre mesi e mezzo, bene.
v. Hacker.	Ulcera alla piccola curvatura, infiltrante le pareti anteriore e posteriore.	Morte il 28° giorno (Embolo polmonare da trombosi marantica della femorale sinistra).	
v. Hacker.		Guarigione	
Wölfler.	Vecchia ulcera callosa aderente al fegato.	»	Dopo tre anni e mezzo, bene.
v. Hacker.	Alla piccola curvatura massa che si estende posteriormente, aderendo al pancreas.	»	Dopo poco più di tre anni, eruttazioni dopo i pasti. Inappetenza, nessun tumore. Massa molle nella sede della G. E.
v. Hacker.	Piloro indurito aderente al fegato.	»	
Wölfler.	Estese aderenze specialmente verso il piloro ed in alto.	»	Dopo 3 mesi, bene.
v. Hacker.	Tumore pilorico mobile.	»	Dopo 16 g. laparot. a scopo di pilorect. Si trova il tum. pil. ridotto a briglie che leg. il pil. alla cistifellea ed al fegato.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
154	75*	Küster	Riehn, Diss. Marburg 1902, c. 5.	9-VI-1899	u.22	4 anni prima emorragie; da 1 anno dolori e vomiti. Ectasia.
155	76	Giordano	Riv. ven. di sc. mediche 1900, p. 218.	27-VI-1899	d.27	Da 8 anni dolori all'epigastrio, disappetenza, vomiti anche con sangue. Inutili le cure mediche. Ipercloridria.
156	77	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1903, c. 18.	1-VII-1899	d.47	Da 7-8 anni dolori, vomiti, ematemesi.
157	78	Brentano	Körteu. Herzfeld v. Langenb. Arch. Bd. 63, c. 18.	27-VII-1899	u.43	Da 5 anni dolori; una volta ematemesi; vomito.
158	79	Mayo	Diseases of the stomach 1901, p. 119.	4-VIII-1899	u.28	Da 2 anni. Dolori negli ultimi due mesi. Ematemesi. Tumore pilorico mobile.
159	80	Robson	Loc. cit., p. 215.	28-IX-1899	d.35	Da tre anni disturbi gastrici, vomiti. Venne operata per le ripetute emorragie.
160	81	Giordano	Loc. cit., c. 19.	27-X-1899	u.33	Da 4 anni gastralgie, diverse ematemesi e vomiti.
161	82	Hartmann	Loc. cit., c. 7.	11-VIII-1899	d.20	Ammalata da 4 mesi.
162	83	Id.	Loc. cit., c. 5.	15-VI-1899	u.22	Già operato il 9-VI-99 col metodo Wölfler, ritorna il vomito.
163	84	Hartmann	Loc. cit., c. 20.	30-X-1899	u.53	17 anni fa vomiti; da due anni recidiva.
164	85	Giordano	Loc. cit. 1900, p. 250.	8-XI-1899	d.31	Già operata d'ernia epigastrica; 12 giorni dopo l'operazione è ripresa da nuova crisi di dolori periumbellici, come prima dell'operazione.
165	86	Rydygier	Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 52, c. 4.	18-XI-1899	u.28	Forti dolori.
166	87	Id.	Id.	18-XI-1899	u.35	Da 14 anni disturbi gastrici; vomiti, dolori, dimagrimento. Tumore sotto l'arco costale sinistro. Subì un'ovarectomia.
167	88	Gersuny	Hirschfeld, Mitteil. a. d. Grenzgeb. 1900.	21-XI-1899	d.38	Da 14 anni disturbi gastrici; vomiti, dolori, dimagrimento. Tumore sotto l'arco costale sinistro. Subì un'ovarectomia.
168	89	Nicolaysen	Nord. med. Ark. 1900, c. 26.	24-XI-1899	d.42	Da parecchi anni disturbi gastrici; da 6 anni sintomi d'ulcera. Ematemesi, dolori; tumore all'epigastrio.
169	90	Hartmann	Loc. cit., caso 21.	4-XII-1899	u.50	Da anni disturbi gastrici, vomiti, gastralgie; stasi.
170	91	Garré	Stich, Bruns' Beiträge Bd. 40, p. 417.	9-XII-1899	d.24	Già operata il 12-VIII-1898 di resezione segmentaria per ulcera della parete anteriore; riapparso dolori e vomiti.
171	92	Hartmann	Loc. cit., c. 22.	27-XII-1899	u.58	Da 22 anni disturbi gastrici; dolori, ematemesi.
172	93	Maclaure	Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris 1899.	1899	d.27	Da 2 anni disturbi gastrici; tumore come un pugno, mobile, nella regione pilorica.
173	94	Schiller	Upsala lekarskje, 1899.	1899	?	
174	95	Id.	Id.	1899	?	
175	96	Mayo	Diseases of the stomach. 1901, p. 146.	4-I-1900	u.44	Nel maggio 1899, dolori, vomiti ed ematemesi profuse. Cura medica, guarigione. Una settimana fa recidiva di ematemesi, in seguito ripetutasi.
176	97	Robson	Loc. cit., p. 242.	8-I-1900	d.37	Ebbe sinovite fungosa del ginocchio destro. Da tre mesi vomiti, dolori, anacloridria. Presenza d'acido lattico.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler.		Guarigione	Ritorna il vomito.
v. Hacker.	Spasmo pilorico, ispessimento nella parete anteriore del piloro (Ulcera tuberculare?).	»	Persiste qualche dolore dopo 6 mesi.
v. Hacker.	Indurimento nella regione pilorica.	Morte dopo 7 giorni per emorragia dal pancreas, in cui l'ulcera è penetrante.	
v. Hacker.	Ulcera alla piccola curvatura verso la superficie anteriore. Aderenze.	Guarigione	Dopo 6 mesi, bene.
Wölfler. con bobina di Robson.	Ulcera al piloro formante una massa voluminosa.	»	XII-1900, bene.
v. Hacker.	Alla superficie anteriore, cicatrici evidenti; così pure alla parete posteriore ed all'antro pilorico.	Ancora qualche vomito con o senza sangue.	
v. Hacker.		Guarigione	
Kappeler.		»	Dopo 2 anni, bene.
Kappeler.	Si trova inginocchiamento dell'ansa efferente.	»	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Indurimento del piloro e dell'antro pilorico.	»	Dopo 3 anni, bene.
v. Hacker.	Parete anteriore dello stomaco vicino al piloro tenacemente aderente alla parete addominale, per saldamento da ulcera pregressa. Scollamento impossibile.	»	
v. Hacker.		Guarigione	Luglio 1900, bene.
v. Hacker.		»	
v. Hacker.	Il tumore è dato da masse cicaltriziali aderenti alla parete addominale, da ulcera della parete anteriore del ventricolo.	»	I dolori ricominciarono verso il fine di Gennaio (Vedi Resezione, oss. 34).
v. Hacker.	Tumore al piloro del volume di un uovo di gallina; non aderenze.	»	
v. Hacker.	Ispessimento delle pareti gastriche vicino al piloro, che si continua con un ispessimento sul piccolo epiploon.	»	Dopo 2 anni obbligato a seguire una dieta; ha qualche rigurgito biliare, dolore alla palpazione epigastrica.
v. Hacker.	Aderenze. Ulcera nella parete posteriore.	»	Dopo un anno e mezzo, bene.
v. Hacker.	Regione pilorica aderente alla vescica biliare.	»	
v. Hacker.	Tumore libero da aderenze, occupante la 4 ^a parte del diam. trasversale dello stomaco.	»	Dopo 5 mesi bene; tumore scomparso.
v. Hacker.		Circolo viz. Entero-anastomosi. Guarig.	
Wölfler. v. Hacker. con bobina di Robson.	Ulcera al piloro.	Guarigione	Un anno dopo, bene.
v. Hacker.	Ulcera della porzione posteriore e superiore del piloro (Ulcera tuberculare?).	»	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Età - Sesso	Durata della malattia Indicazioni
177	98	Giordano	Riv. veneta di sc. med. 1900, pag. 93.	16-I-1900	u.41	Da 6 anni bruciori, eruttazioni, vomiti, ematemesi. Ipercloridria.
178	99	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1900, c. 26.	11-III-1900	u.54	Da 3 anni e mezzo, dolori e vomiti.
179	100	Id.	Loc. cit., c. 29.	6-VII-1900	u.41	Da 10 anni disturbi gastrici; recente- mente dolori, vomiti. Dimagrimento.
180	101	Terrier	Rev. de chir. 1902, caso 5.	5-IV-1900	u.32	Da 2 anni dolori, vomiti; da un mese ematemesi, melena.
181	102	Körte	Körte u. Herzfeld v. Langenbeck's Arch. Bd. 63, c. 14.	1-V-1900	u.51	10 anni prima ematemesi; da 5 setti- mane dolori, vomiti, ematemesi, impos- sibilità a nutrirsi.
182	103	Mayo Robson	Diseases of the stom- ach 1901, p. 286, c. 17.	27-III-1900	d.32	Da anni sintomi d'ulcera.
183	104	Brenner	v. Langenbeck's Arch. Bd. 69, c. 22.	11-VI-1900	d.47	Da tre anni dolori, talora vomiti. Do- lori più vivi a stomaco vuoto. Da due anni ripetute ematemesi e melena. Di- magrimento. Dolori fattisi più vivi.
184	105	Garré	Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 425, c. 19.	2-VI-1900	d.45	Da tre anni e mezzo sintomi di ulcera. All'epigastrio resistenza come tumore.
185	106	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. c. 27.	12-VI-1900	u.50	Da 8-9 anni dolori; sei anni fa ema- temesi.
186	107	Mayo Robson	Lancet. 1901, vol. 1, p. 1453.	12-VI-1900	u.45	Da 2 anni dolori; da due mesi vomiti; grande dilatazione.
187	108	Id.	Dis. of the stomach 1901, p. 280, c. 6.	18-VI-1900	d.31	Da 6 anni dolori, vomito. Ematemesi; l'ultimo accesso tre settimane fa.
188	109	Bramann	Sachtleben, Diss. Halle 1901, c. 28.	18-VII-1900	d.24	Da 3 anni.
189	110	Garré	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 426, c. 21.	24-VIII-1900	u.36	Da due anni atonia; poi dolori. Melena.
190	111	Hartmann	Loc. cit., c. 30.	24-VIII-1900	u.37	4 anni fa vomiti biliari, poi dolori e vomiti alimentari. Nel mese d'agosto ebbe due ematemesi; nel na. Dimag- rimento.
191	112	Id.	Id. c. 31.	18-IX-1900	d.45	3 anni fa, per un trauma addominale, ematemesi; poi dolori, vomiti, emate- mesi. Dimagrimento.
192	113	Vuillet	Revue méd. Suisse rom. 1902, n. 5.	24-IX-1900	u.45	Da un anno e mezzo vomiti, dolori, dimagrimento.
193	114	Hartmann	Loc. cit., c. 32.	26-IX-1900	d.33	Da anni vomiti numerosi; da 3 anni vomiti alimentari, dolori, eruttazioni; due anni fa ematemesi. Dimagrimento; 6 giorni fa ematemesi e melena.
194	115	Mayo Robson	Lancet 1901, vol. 1, p. 1453.	5-X-1900	d.32	Da 10 anni storia di ulcera gastrica; 2 ematemesi. Dilatazione.
195	116	Id.	Id.	12-X-1900	u.52	
196	117	Hartmann	Loc. cit., c. 33.	17-X-1900	d.34	Da 11 anni disturbi gastrici. Dolori. Vomiti.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler.	v. Hacker. Ulcera estesa come uno scudo nello spessore del piloro, invadente alquanto la faccia posteriore dello stomaco e la parte iniziale del duodeno.	Guarigione	
	Piloro ispessito. Larga placca callosa vascolarizzata aderente al fegato, prolungantesi sulla faccia anteriore dello stomaco.	Morte dopo 12 giorni. Peritonite; la sutura comprende una parte del tessuto infiammato vicino all'ulcera.	
	v. Hacker. Superficie depressa, grigiastrea, indurita, alla piccola curvatura.	Morte 7 giorni dopo. (Volvulo).	
Wölfler.	v. Hacker. Indurimento al piloro e briglie cicatriziali alla faccia anteriore.	Guarigione	Dopo 16 mesi, bene.
	v. Hacker. Ulcera alla piccola curvatura ed al piloro; aderenze al fegato.	Morte dopo 10 giorni; melena; erosa l'arteria coron.D.inf.	
	Ulcera a due dita dal piloro.	Morte 12 giorni dopo per perforazione dell'ulcera.	
	v. Hacker. Ulcera alla parete posteriore del piloro. Aderenze al fegato.	Guarigione	
	v. Hacker. Ulcera della parete anteriore penetrante nella parete addominale.	Polmonite	Dopo 3 anni, bene.
	v. Hacker. Placca ispessita e piccolo ganglio a livello della piccola curvatura.	»	
	v. Hacker. Grande ulcera nella parete posteriore.	»	
	v. Hacker. Forte ispessimento infiammatorio della parte pilorica della parete anteriore, per grande estensione aderente col peritoneo.	»	Dopo 4 mesi, bene.
	v. Hacker. Due ulceri di diverso volume, non stenosanti, al piloro.	»	Dopo 1 anno, bene.
	v. Hacker. Ulcera alla faccia anteriore vicino al piloro.	»	Dopo 3 anni, bene.
	v. Hacker. La faccia anteriore dello stomaco vicino alla piccola curvatura è rossa, aderente al fegato.	»	Dopo un anno e mezzo, bene.
	Roux. Tumore mobile, del volume di un pugno, che occupa il piloro e parte della piccola curvatura.	»	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Placca di aspetto cicatriziale vicino al piloro.	»	Dopo 18 mesi, bene.
	Ulcera al piloro.	»	Dopo 2 anni, bene.
	Stomaco con aderenze al fegato vicino al piloro ed alla piccola curvatura.	»	
		»	Dopo un anno e mezzo, bene.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
197	118	Mayo Robson	Diseases of the sto- mach 1901, p. 168.	18-XI-1900	u.35	Da tempo dolori dopo i pasti e deperi- mento. Febbre nelle due ultime setti- mane, scomparsa dopo evacuazione di pus a mezzo di vomito. Collasso. Dolori. Vomiti. Emorragie.
198	119	Küster	Riehn. Diss. Mar- burg 1902, c. 10.	20-XI-1900	d.22	
199	120	Mayo Robson	Dis. of the stomach 1901, p. 280, c. 9.	29-XI-1900	d.50	Da 14 anni ammalata. Ematemesi.
200	121	Kümmel	Hamburg. Jahrbuch Bd. 7., c. 15.	14-XII-1900	u.32	Profusa emorragia.
201	122	Mayo Robson	Diseases of the sto- mach p. 281, c. 15.	21-I-1901	d.36	Da 5 anni sintomi di ulcera gastrica. Una volta sospetto di perforazione. Ematemesi.
202	123	Id.	Lancet 1901, vol. 1. p. 1453.	3-I-1901	u.40	Da 22 anni, Ematemesi. Dilatazione.
203	124	Id.	»	29-I-1901	d.48	Il 28-VII-99 gastroplastica per stomaco a clessidra.
204	125	Id.	Diseases of the sto- mach p. 281, c. 19.	8-II-1901	d.21	Da 6 anni dolori, vomito.
205	126	Id.	» p. 281, c. 20.	11-II-1901	d.44	Da 14 mesi.
206	127	Id.	» p. 281, c. 21.	12-II-1901	d.22	Da quasi un anno. Resistente alle cure mediche.
207	128	Id.	» p. 281, c. 22.	14-II-1901	u.64	Da due anni; dolori, vomiti. Recente- mente ematemesi.
208	129	Id.	» p. 282, c. 23.	16-II-1901	d.31	Da anni sintomi di ulcera gastrica ; da 5-6 mesi dolori gravi. Dilatazione.
209	130	Id.	» p. 282, c. 25.	19-II-1901	d.27	Ulcera trattata da 2 anni senza van- taggio come malattia di Reichmann.
210	131	Id.	» p. 282, c. 26.	22-II-1901	u.60	Due anni fa ulcera gastrica. Ad onta di cure continue da due anni, dolori e vomiti frequenti. Dilatazione.
211	132	Id.	» p. 283, c. 35.	28-III-1901	u.23	Da 3 anni, vomito; tetania.
212	133	Id.	» p. 282, c. 30.	20-III-1901	d.52	Da 14 anni. 8 anni fa ematemesi.
213	134	Id.	» p. 147.	22-III-1901	u.63	5 anni fa dolori all'epigastrio e vo- miti che ripresero ad intervalli. Di- magrimento. 1 anno fa ematemesi notevole. Poi ancora vomiti. Nei due giorni precedenti l'operazione emate- mesi abbondantissime così da ridurlo in fin di vita.
214	135	Id.	» p. 283, c. 32.	22-III-1901	d.27	Da 6 anni sintomi d'ulcera. Anemia.
215	136	Id.	» p. 283, c. 34.	28-III-1901	u.22	Ematemesi. Da 5 mesi dolori, vomiti.
216	137	Id.	» p. 283, c. 36.	28-III-1901	d.39	Dolori, dilatazione. Ipercloridria.
217	138	Id.	» p. 284, c. 38.	3-IV-1901	d. ?	Sintomi di ulcera da vari anni. Depe- rimento.
218	139	Id.	» p. 284, c. 39.	4-IV-1901	d.42	Da 4 anni dolori, vomiti.
219	140	Id.	» p. 284, c. 40	4-IV-1901	d.36	Ematemesi 4 anni fa. Da 2 anni forti dolori. Dilatazione.
220	141	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1903, c. 34.	28-II-1901	d.34	Da 14 anni disturbi gastrici, dolori. Vomiti. Eruttazioni. 3 anni fa abbon- danti ematemesi e melena.
221	142	Brenner	v. Langenbeck's Ar- chiv Bd. 69, c. 24.	18-VI-1901	d.38	Da 7 anni vomiti e dolori, aumentati da un anno. Forte dimagrimento.
222	143	Garre	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 427, c. 24.	8-VI-1901	u.37	Da tre anni dolori nella regione ga- strica. Vomiti. Melena.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker. con bobina Robson.	Tumore formato da stomaco e pancreas strettamente fissati verso la parte pilorica.	Guarigione	Dopo 5 mesi, bene.
Wölfler. v. Hacker con bobina Robson.	Si trovano aderenze. Aderenze molto forti alla parete addominale anteriore. (Vecchia perforazione).	Morte dopo 24 ore. Guarigione	
Wölfler.		Morte la notte dopo: ulcera del piloro, erosione dell'arteria coronaria destra. Guarigione	
v. Hacker con bobina Robson.	Aderenze.		
v. Hacker, id.	Ulcera in via di cicatrizzazione alla parete anteriore.	*	
v. Hacker, id.		*	
v. Hacker, id.	Stomaco estesamente ulcerato, duro (?).	Ematemesi. Guarigione	
v. Hacker, id.	Ulcera nella parete posteriore vicino al piloro.	*	
v. Hacker, id.		*	
v. Hacker, id.	Durezza alla piccola curvatura ed al piloro.	*	Dopo 2 mesi, bene.
v. Hacker, id.	Tre ulceri.	*	
v. Hacker, id.		*	
v. Hacker, id.	Ulcera ad un dito dal piloro.	*	
v. Hacker, id.	Cicatrice vicino al piloro.	*	
v. Hacker, id.	Stomaco piccolo, numerose cicatrici.	*	Dopo 1 mese, bene.
v. Hacker, id.	Indurimento alla piccola curvatura.	*	
v. Hacker, id.			
v. Hacker, id.	Cicatrici da ulcera.	*	
v. Hacker, id.	Aderenze e cicatrici.	*	
v. Hacker, id.	Cicatrice nella parete post.	Morte 12 giorni dopo; peritonite. Guarigione	
v. Hacker, id.	Tre ulceri alla superficie anteriore, 1 alla posteriore.	*	
v. Hacker, id.		*	
v. Hacker, id.		*	Dopo 1 anno e mezzo, bene.
v. Hacker.		*	Gennaio 1902, sta bene.
v. Hacker.	Ulcera callosa della piccola curvatura. Aderenze al fegato ed alla parete addominale anteriore.	*	
v. Hacker.	Tumore crateriforme, occupante la regione pilorica, molto esteso. Aderenze al fegato.	Morte dopo 24 ore. Collasso. - Pleurite. Nefrite. Grossa ulcera alla piccola curv. aderente al fegato.	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
223	144 ^o	Miles	Lancet 1902, v. 1, p. 20.	10-IX-1901	d.42	Da 4 anni disturbi gastrici, ma senza sintomi d'ulcera. Due giorni fa ematemesi infrenabile.
224	145	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1903, c. 43.	28-III-1902	d.38	Da alcuni anni disturbi gastrici; ad intervalli dolori, vomiti. Stasi gastrica.
225	146	Garré	Stieh, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 431, c. 32.	11-IV-1902	u.40	2 anni e mezzo fa ulcera. Melena. Cura poco efficace. Dolori.
226	147	Hartmann	Loc. cit., c. 45.	5-V-1902	u.63	Da 12 anni disturbi gastrici, dolori, ematemesi, melena. Cinque mesi fa nuove ematemesi, quindi aumento dei dolori; vomito. Dimagrimento.
227	148	Id.	Id. c. 46.	7-V-1902	u.39	Da 5 anni disturbi gastrici. Vomiti. Diverse ematemesi. Da 8 giorni vomiti biliari e sanguigni.
228	149	Garré	Loc. cit., c. 38.	23-V-1902	d.34	13 anni fa gastralgie, ematemesi ecc; da 1 anno si sono ripetute.
229	150	Id.	Id. c. 37.	22-V-1902	u.37	Ebbe melena 6 anni fa. Dilatazione gastrica. Miglioramenti, ma non guarigione colla cura. Tumore al piloro.
230	151	Id.	Id. c. 36.	6-VII-1902	d.32	Da 1 anno vomiti; dimagrimento, dilatazione.
231	152 ^o	Hartmann	Loc. cit., c. 48.	27-VII-1902	u.44	Da 4 anni dolori, vomiti; da 3 settimane ematemesi. Melena. Dimagrimento rapido.
232	153 ^o	Id.	Id. c. 49.	29-VII-1902	u.48	Da anni disturbi gastrici. Nel febbraio 1902 ematemesi. 1° Luglio ematemesi. Tre giorni fa ematemesi abbondantissime seguite da contrazioni violente e vomiti.
233	154	Garré	Loc. cit., p. 437, c. 41.	31-VII-1902	d.55	Da poco più di 2 anni disturbi gastrici; raramente vomiti, un po' di ristagno.
234	155	Id.	Id. p. 438, c. 43.	25-VIII-1902	u.35	Da 5 anni ogni tanto leggieri dolori. Da 1 anno dolori vivi. Otto mesi fa ematemesi, poi vomito frequente. Dimagrimento.
235	156	Hartmann	Loc. cit., c. 50.	30-IX-1902	u.57	13 anni fa ematemesi, dolori e vomiti; 10 anni fa seconda ematemesi. Da 1 anno dolori. Stasi gastrica.
236	157 ^o	Garré	Loc. cit., p. 439, c. 45.	1-XII-1902	u.42	Da 3 anni vomiti dopo i pasti. 9 mesi fa dolori e vomiti più frequenti. Da 1 mese ematemesi ripetute.
237	158	Id.	Id. p. 440, c. 46.	6-XII-1902	u.42	Da 10 anni dolori. Da 5 mesi aumentati, con ematemesi.
238	159	Id.	Id. p. 441, c. 48.	31-XII-1902	d.48	20 anni fa sintomi di ulcera, recidivati 10 anni fa con ematemesi. Terzo accesso 3 anni fa; quarto un mese e mezzo fa con forti dolori e vomiti.
239	160	Deane sly	Brit. med. journ. 1903, v. 1, p. 1086, c. 2.	22-I-1903	u.37	Da anni sintomi d'ulcera.
240	161	Id.	Id. c. 1.	22-I-1903	u.46	Da 7 anni disturbi gastrici; diverse ematemesi. Vomiti insistenti.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.	Ulcera vicino al piloro, estesa alla piccola curvatura.	Guarigione	Dopo 3 mesi, bene.
v. Hacker.	La faccia anteriore dello stomaco aderisce al fegato ed alla parte anteriore del diaframma; la faccia posteriore, al mesocolon.	*	Dopo 6 mesi, bene. Però col sondaggio si trova stasi a digiuno.
v. Hacker.	Ulcera alla parete anteriore vicino al piloro.	Guarigione (fu operato un focolaio di gangrena polmon.).	Persiste un certo senso di pressione all'epigastro.
v. Hacker.		Guarigione	
v. Hacker.	Ulcera alla piccola curvatura vicino al piloro.	Morte dopo 5 giorni in coma.	
v. Hacker.	Alla parete gastrica posteriore, tumore grosso come una mela, duro, che si estende specialmente alla piccola curvatura. Aderenze.	Guarigione	Dopo 1 anno, bene.
v. Hacker.	Tumore duro, calloso, grosso come una mela, al piloro.	*	Dopo 1 anno, bene.
v. Hacker.	Aderenze perigastriche. Al piloro, tumore come uovo di gallina.	*	
v. Hacker.	Piloro indurito aderente alle parti vicine.	*	Dopo 6 mesi, bene.
v. Hacker.	Placca cicatriziale, con infiltrazione edematosa, al piloro.	*	Dopo 7 mesi, bene.
v. Hacker.	Nel mezzo della piccola curv., alla parete posteriore vicino al piloro, ulcera crateriforme.	*	
v. Hacker.	Nel piloro ispessimento a guisa di nocciuola.	Morte dopo 8 giorni (Peritonite; ulc. aderente al pancreas).	
v. Hacker.	Regione pilorica e piccola curvatura coperte da essudati rossastri.	Bronco-polmonite. Guarigione	
v. Hacker.	Ulcera al piloro che ne è stenoso. Aderenze.	*	Dopo 5 mesi, bene.
v. Hacker.	Aderenze. Tumore grosso come una mela al piloro, aderente al pancreas (Ulcera alla piccola curvatura).	*	Dopo 5 mesi, bene.
v. Hacker.	Ulcera profonda crateriforme della parete posteriore con infiltrazione diffusa della piccola curvatura.	*	Dopo 6 mesi, bene: non si sente più alcun tumore.
Wölfler.		*	
Wölfler.	Cicatrice vicino al piloro.	Espettorazione purulenta (da rottura di un'ascesso subfrenico nel polmone?). Rigurgito di bile. Laparotomia. Inguinocchiamiento anse: anastom. Roux. Guarig.	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
241	162	Hartmann	Travaux de chir. anat. clin. 1903, c. 55.	23-I-1903	d.38	Da 8 anni disturbi gastrici; diverse ematemesi; l'ultima 2 mesi fa.
242	163	Hochenegg	Wiener klin. Wochenschr. 1903, p. 1128.	20-IV-1903	d.52	Da 5 mesi, dolori, vomiti, ematemesi. Tumore sotto l'arco costale sinistro.
243	164	Fedorow	Russ. Arch. f. Chir. (Zentralbl. f. Chir. 1903, p. 1250).	1903	u.41	Individuo fin allora sano; ematemesi improvvise spesso ripetute.
244	165	Mansell Moullin	Lancet 1904, v. 1, c. 9.	VI-1903	u.25	Da 7 settimane vomiti. Ematemesi ripetute.

Gastro-enterostomia

245	1	Mikulicz	Chlumsky, Bruns' Beitr. Bd. 20, c. 59.	16-I-1897	u.33	Da 13 anni. Era stata fatta una gastro-enterostomia secondo Kocher il 22-XI-1896.
246	2	Chaput	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris 1898, c. 5.	1897	d.32	Dal 18° anno disturbi gastrici. Gross o tumore duro.
247	3	Kehr	Verh. deutsche Gesellschaft. f. Chir. 1900.	-VI-1898	d.20	Da 5 anni disturbi gastrici: vomiti, dolori.
248	4	Mikulicz	Kausch, Mitteil. a. d. Grenzgeb. Bd. 4, c. 14.	14-VI-1898	u.29	Da 5 anni dolori, vomiti, ematemesi. Insufficienza meccanica, ipercacidità.
249	5	Nicolaysen	Nord. med. Arkiv 1900, c. 16.	21-IX-1898	u.38	Da 18 anni sintomi gastrici; dolori, vomiti.
250	6	Mikulicz	Kausch, Loc. cit. c. 28.	21-XII-1898	u.35	Da 14 anni. 2 emorragie. Morfinismo, vomiti, dolori.
251	7	Id.	Chlumsky, Bruns' Beitr. Bd. 27, c. 130.	1-V-1899	d.40	Da 15 anni. Vomiti; un'ematemesi, dolori. Dimagrimento.
252	8	Id.	Id. Id. c. 131.	2-V-1899	d.50	Da un anno dolori. Da 6 mesi vomito. Due ematemesi. Dimagrimento.
253	9	Lindner	Weber, Bruns' Beitr. Bd. 31, c. 4.	28-VI-1899	u.30	
254	10	Id.	Weber, Bruns' Beitr. Bd. 31, c. 10.	17-X-1899	u.43	
255	11	Id.	Weber, Bruns' Beitr. Bd. 31, c. 12.	8-XI-1899	d.56	Dolori fortissimi.
256	12	Id.	Weber, Bruns' Beitr. Bd. 31, c. 14.	2-XII-1899	d.49	*
257	13	Id.	Weber, Bruns' Beitr. Bd. 31, c. 15.	16-XII-1899	d.65	
258	*14	Schiller	Upsala Iekarskje, 1899.	1899	?	
259	15	Lindner	Weber, loc. cit., c. 25.	3-VII-1900	d.34	
260	16	Id.	Id. c. 32.	27-IX-1900	d.42	Anamnesi tipica.
261	17	Id.	Id. c. 33.	4-I-1901	d.22	Dolori.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.		Guarigione	
v. Hacker.	Tumore del fondo del ventricolo aderente colle pareti e penetrante nel fegato. (Nei maneggi, perforazione. Drenaggio).	Nutrizione per parecchi giorni attraverso il drenaggio. Guarigione	
Wölfler.		Dopo altri 8 giorni ematemesi. Guarigione	Dopo 10 mesi, bene.
Wölfler.	Alla superficie anteriore vicino all'estremo cardiaco della piccola curvatura, ulcera crateriforme (gastrotomia).	"	Dopo 2 mesi, bene.

ed Enteroanastomosi.

Kocher, enteroanastomosi (E. A.).		Guarigione	
Wölfler con bottone di Chaput: dopo due giorni, per circolo vizioso, E. A. v. Hacker, E. A.	Ulcera callosa alla parete posteriore.	" -	Scompare il tumore.
Wölfler, E. A.	Ulcera grossa stenosa alla piccola curvatura e parete posteriore, aderente al pancreas.	"	Dopo 6 settimane circolo vizioso.
v. Hacker, E. A.	Ulcera infiltrante le due pareti verso il mezzo del ventricolo, che comincia ad assumere la forma a clessidra.	"	
Wölfler, E. A., gastrolisi.	Ulcera della parete posteriore. Stomaco a clessidra per aderenze esterne che vengono recise.	"	
Wölfler, E. A.	Grossa ulcera della parete posteriore. Aderenza con la parete addominale anteriore ed il pancreas.	"	Dopo 5 mesi, bene.
Wölfler, E. A.	Ulcera al piloro.	Polmonite Guarigione	Dopo 5 mesi, bene.
Wölfler, E. A.	Ulcera al piloro.	"	
Wölfler, E. A.	Ulcera al piloro.	"	
Wölfler, E. A.	Ulcera al piloro.	"	
Wölfler, E. A.	Ulcera al piloro - perigastrite.	"	
Wölfler, E. A.	Ulcera al piloro.	Morte dopo 3 giorni per emorragia (da dove?). Circolo vizioso. Entero-Anastomosi. Guarigione	
v. Hacker.		"	
Wölfler, E. A.	Ulcera al piloro.	Morte dopo 5 giorni per emorragia da un vaso del fondo dell'ulcera (pancreas).	
Wölfler, E. A.	Ulcera al piloro, che è fisso.	Guarigione	
Wölfler, E. A.	Ulcera al piloro, resistenza sulla parete posteriore.		

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Età - Sesso	Durata della malattia Indicazioni
262	18	Lindner	Weber, Bruns' Beitr. Bd. 31, c. 36.	29-IV-1901	d.27	Dolori e vomiti.
263	19	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 7.	20-IV-1901	d.50	Da un anno. Vomiti, dolori.
264	20	Krause	Bruns' Beitr. Bd. 41, p. 559, c. 3.	3-IV-1902	u.66	Da 4 anni disturbi gastrici, aumentati negli ultimi mesi. Ematemesi e melena.
265	21	Mansell Moullin	Lancet 1904, v. 1, p. 94, c. 15.	1-X-1903	d.50	8 anni fa ematemesi, poi dolori, vomiti. Tumore all'epigastrio.
266	22	Id.	Lancet 1904, p. 93, c. 10.	7-VII-1903	d.27	4 anni fa emat. seguita da dolori; nausea dopo il pasto. 4 gior. fa grave emat.

Gastro-Enterostomia

267	1	Bunge	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 431, c. 31.	6-III-1902	u.48	Da anni disturbi gastrici; da 4 anni ripetute ematemesi.
268	2	Krause	Maragliano, Bruns' Beitr. Bd. 41, p. 560, c. 5.	1-X-1902	u.29	Da 4 anni vomiti, dolori, ematemesi ripetute. Ristagno.
269	3	Id.	Id. p. 559, c. 4.	17-X-1902	d.39	Disturbi da ulcera da anni. Operato 10 giorni fa di escisione d'ulcera alla piccola curvatura. Vomito. Nutrizione impossibile.

Gastro-Enterostomia

270	1	Tricomi	Policlinico 1900, c. 1.	15-VII-1895	d.55	Gastralgia, vomito da 6 anni, ematemesi.
271	2	Id.	Id. Id. c. 2.	31-XII-1895	d.41	10 mesi prima, resezione dello stomaco per ulcera. Tre mesi dopo gastralgie, vomiti, ematemesi, deperimento.
272	3	Id.	Id. Id. c. 3.	31-XII-1895	d.43	Gastralgie da 3 anni; vomito, dimagrimento.
273	4	Monod	Duvivier, Thèse de Paris, 1895.	1895	?	Dilatazione gastrica. Ematemesi abbondanti.
274	5	Tricomi	Policlinico 1900, c. 4.	9-VII-1896	d.51	Da 9 anni sintomi d'ulcera; da 4 gastralgie, vomiti, ematemesi. Dimagrimento.
275	6	Id.	Id. Id. c. 5.	29-IX-1896	d.40	Da 13 anni; gastralgie, vomiti, ematemesi.
276	7	Czerny	Steudel, Bruns' Beitr. Bd. 23, p. 369.	10-II-1897	u.35	Da 2 anni gastralgie, vomiti, dimagrimento.
277	8	Carle	v. nostra casistica c. 14.	22-V-1897	u.28	Tre anni fa pirosi; 8 mesi fa vomito, anche con sangue. Gastralgie.
278	9	Mikulicz	Kausch, Mitteil. a. d. Grenz. Bd. 4, c. 11.	26-VI-1897	d.53	Da 3 anni; dolori, vomiti.
279	10	Czerny	Steudel, Bruns' Beitr. Bd. 23, p. 376.	19-VII-1897	u.22	Da 4 mesi dolori. Da tre mesi vomito sanguigno. Emorragie infrenabili. Dimagrimento.
280	11	Tricomi	Policlinico 1900, c. 7	27-VIII-1897	u.38	5 anni fa disturbi dispeptici; poi gastralgie, vomiti. Ematemesi. Gastrectasia.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler, E. A.	Ulcera alla piccola curvatura.	Morte dopo 2 giorni per emorragia.	
Wölfler, E. A.	Nella regione pilorica, la parete posteriore è per un certo tratto infiltrata.	Guarigione.	
Wölfler, E. A.	Stomaco piccolo raggrinzato per masse callose.	Ematemesi, guarigione.	Aprile 1903, emat. che poi cessarono.
v. Hacker, E. A.	Alla piccola curvatura, vicino al piloro, ciecrici da ulcera con estesa infiltrazione infiammatoria.	Guarigione	
v. Hacker, E. A.	Vecchia ulcera alla piccola curvatura vicino al piloro.	*	

e Digijunostomia.

v. Hacker, digijunostomia Witzel.	Aderenze numerose alla parete anteriore dello stomaco. Ad un dito dal piloro infiltrazione ad anello della parete, eccetto la piccola curvatura.	Guarigione.	Morto il 31-III-1903 (Careinoma?).
Wölfler, entero-anastomosi, digijunostomia alla Witzel.	Massa callosa alla piccola curvatura, che si estende posteriormente fino al piloro.	Fistola chiusa in meno di due mesi. Guarigione.	Dopo 2 mesi, bene.
Wölfler, entero-anastomosi, digijunostomia alla Witzel.		Morte dopo 2 giorni per marasma.	

con bottone.

Wölfler.	Ulcera della piccola curvatura.	Guarigione	
Wölfler.	Aderenze col fegato. Ulcera della piccola curvatura.	»	
v. Hacker.	Ulcera della parete posteriore, aderenze al pancreas.	Morte dopo 38 ore (peritonite).	
Doyen.	Ulcera al piloro.	Guarigione; bottone 12° giorno.	
Wölfler.	Tumore da ulcera diffuso al pancreas; estesa perigastrite adesiva.	Guarigione	
Wölfler.	Ulcera della parete posteriore nella porzione prepilorica.	*	
v. Hacker.	Durezza diffusa della parete posteriore vicino al piloro.	Guarigione; bottone?	Aprile 1901, bene.
v. Hacker.	Piloro e parete anteriore aderenti al fegato, omento e vesica biliare.	Guarigione	
Wölfler.	Grossa ulcera al piloro, stenotomica.	»	8 Ottobre 1898, bene.
v. Hacker.	Leggiera durezza alla piccola curvatura vicino al piloro.	Guarigione; bottone?	11 Dicembre 1897, bene.
Wölfler.	Ulcera della piccola curvatura aderente al fegato. Perigastrite adesiva.	17 giorni dopo, G. E. Wölfler con sutura per occlusione dell'ansa cefere.	Dopo 33 giorni, morte per occlusione del digiuno (inghiottitura del tratto inferiore).

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
281	12	Tricomi	Policlin 1900, c. 9.	25-IX-1897	d.25	Da 4 anni gastralgie, vomiti. Ematemesi.
282	13	K ü m m e l l	Hamburg. Jahrb. Bd. 7, c. 1.	28-X-1897	u.39	Da 4 anni disturbi gastrici. Dolori, vomiti, dimagrimento. Forte dilatazione. Non acido cloridrico nè lattico.
283	14	Id.	Id. c. 3.	13-XI-1897	d.31	Da 3 anni vomiti con frequenti ematemesi. Dimagrimento. Dolori.
284	15	Ardle	Dublin Journ. of med. sciences 1898.	1897	d.24	Profuse ematemesi. Si era già fatto laparotomia e gastrotomia esplorativa.
285	16	Carle	v. nostra casistica c. 25.	4-III-1898	d.53	Da 10 mesi vomiti, ematemesi, dolori.
286	17	Ettlinger	Bruns' Beitr. Bd. 34, c. 6.	21-III-1898	u.20	Da alcune settimane vomito. Da 1 settimana, dopo ogni pasto tetania.
287	18	Tricomi	Policlinico 1900, c. 4.	6-IV-1898	d.26	Gastralgie, vomito, dimagrimento.
288	19	Id.	Id. c. 12.	2-VI-1898	d.24	Da 3 anni vomiti, gastralgie, ematemesi.
289	20	Id.	Id. c. 14.	4-VIII-1898	d.30	4 anni fa piroisi; gastralgie da due anni e mezzo, vomito, ematemesi. Gastrectasia.
290	21	Id.	Id. c. 16.	29-VIII-1898	d.48	Da 1 anno gastralgie, vomiti, dimagrimento. Anacloridria.
291	22	Id.	Id. c. 10.	6-IV-1898	d.41	Da 14 anni; gastralgie, vomiti, ematemesi.
292	23	Id.	Id. c. 17.	6-IX-1898	d.22	Da 3 anni, gastralgie, vomiti, ematemesi.
293	24	Id.	Id. c. 18.	20-IX-1898	d.37	Da 14 anni; gastralgie, vomito, ematemesi.
294	25	Id.	Id. c. 19.	20-IX-1898	u.43	Da 6 anni dolori, vomito, ematemesi; dimagrimento.
295	26	Id.	Id. c. 20.	25-IX-1898	d.45	Da 5 anni; gastralgie, vomiti. Dimagrimento.
296	27	Kelling	v. Langenbeck's Archiv Bd. 62, p. 302.	7-XI-1898	u.56	Da 24 anni disturbi gastrici; gastropotosi, iperacidità.
297	28	Carle	v. nostra casistica c. 37.	20-X-1898	d.32	Da 2 anni dolori; vomiti caffeani.
298	29	Tricomi	Policlin. 1900, c. 21.	26-IX-1898	d.27	Da 6 anni gastralgie, vomiti; dilatazione.
299	30	Tricomi	Id. c. 22.	24-I-1899	d.40	Da anni; piroisi, dolori, vomiti.
300	31	Carle	v. nostra casistica c. 43.	I-1899	d.38	Gastralgie, vomiti, ematemesi, prostrazione.
301	42	Tricomi	Policlin. 1900, c. 23.	2-II-1899	d.40	Da 3 anni; gastralgie, vomiti, dimagrimento.
302	33	Id.	Id. c. 35.	11-II-1899	d.44	Da 18 anni sintomi d'ulcera. Ematemesi abbondanti di cui l'ultima 10 giorni fa di circa 1 litro e mezzo.
303	34	Garre	Stieh, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 424, c. 16.	23-II-1899	u.54	Da oltre 15 anni disturbi gastrici; dolori, talora vomito con sangue; recentemente diverse ematemesi.
304	35	Boari	Accad. sc. med. Ferrara, 1900.	8-VI-1899	u.46	Da 4 anni; disturbi gastrici, ematemesi, melena. Cure mediche inutili.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler.	Ulcera della parete posteriore del piloro; peripilorite.	Guarigione	
Wölfler.	Ulcera del piloro. Aderenze col pancreas.	»	Aumento di 7 Kg.
Wölfler.	Nessuna dilatazione, nessun tumore. Stomaco piccolo; pareti spesse. Ulcera.	Guarigione. Botto- ne nello stomaco (raggi X).	14-V-1899 recidiva.
Wölfler.		Guarigione	Ogni tanto rigur- gito di bile.
v. Hacker.	Cicatrice irregolare circondata da zona di indurimento a 5 centimetri dalla regione pilorica nella parete anteriore.	»	
v. Hacker.	Piloro piccolo, mobile, duro, per ulc. nella sua parete post.	Morte 18 ore dopo.	
v. Hacker.	Ulcera nella parete posteriore.	Guarigione	
v. Hacker.	Ulcera gastrica nella piccola curvatura. Gastrectasia.	»	
Roux.	Ulcera del piloro, peripilorite. Gastrectasia.	»	
Roux.	Ulcera nella parete anteriore, aderente alla parete addomina- le. Distacco delle aderenze; perforazione; sutura.	»	
Roux.	Ulcera del piloro alquanto ste- nosante.	»	
Wölfler-Roux (causa le aderenze).	Ulceri multiple: perigastrite dif- fusa; aderenze colla parete addominale, col fegato, pan- creas, colon.	»	
Roux.	Ulcera della piccola curvatura, porzione prepilorica.	»	
Roux.	Ulcera della parete posteriore e superiore del piloro. Ga- strectasia.	»	
Roux.	Parete gastrica posteriore ade- rente al pancreas. Tumore grosso come un uovo di gal- lina.	»	
v. Hacker.	Aderenze del piloro col fegato.	»	Dopo 11 mesi, di- nuovo qualche di- sturbo; 1-XI-99 E. A. (ansa afferente al- quanto lunga).
v. Hacker.	Indurimento calloso al piloro.	»	
Roux.	Ulcera al piloro.	»	
Roux.	Ulcera della parete posteriore del piloro; peripilorite, ste- nosi, gastrectasia.	»	
v. Hacker.	Ulcera al piloro e piccola cur- vatura.	Guarigione. (Bot- tone?)	
Roux.	Ulcera della piccola curvatura vicino al piloro.	Guarigione	
Roux.	Ulcera della parete posteriore vicino al pancreas.	Morte 6 giorni dopo; nefrite, enterocolite da sublimato.	
v. Hacker.	Ulcera alla piccola curvatura aderente al fegato.	Guarigione	
v. Hacker.	Ulcera al piloro, aderente al fegato.	Guarigione. (Bot- tone?)	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
305	36	Kümmel	Hamburg. Jahrbuch Bd. 7, c. 7.	30-VI-1899	u.35	Da un anno dolori, vomito, etc.
306	37	Tricomi	Policlinico 1900, c.36.	29-VII-1899	d.28	Da 3 mesi; ematemesi, vomiti.
307	38	Id.	Id. c. 24.	18-VIII-1899	u.49	Da 15 anni. Dolori, vomiti; ematemesi.
308	39	Id.	Id. c. 25.	27-VIII-1899	d.53	Da 20 anni disturbi dispeptici; gastralgie. Dimagrimento.
309	40	Id.	Id. c. 28.	14-X-1899	d.42	Da 6 anni disturbi gastrici; gastralgie; ematemesi.
310	41	Id.	Id. c. 29.	25-XI-1899	u.60	Da anni disturbi gastrici, vomiti, ematemesi, gastralgia.
311	42	Id.	Id. c. 30.	30-XI-1899	d.52	Da 30 anni. Gastralgie, vomiti.
312	43	Id.	Id. c. 31.	15-III-900	d.37	Da 3 anni. Dolori, poi vomiti ed ematemesi.
313	44	Ettlinger	Bruns' Beitr. Bd. 34, c. 4.	6-VII-900	u.47	Da lungo tempo disturbi gastrici. Vomiti; tumore sotto l'arco costale destro.
314	45	Ferrari	Clinica chir. 1902, n. 10, p. 870.	16-X-900		7-8 mesi fa dolori, eruttazioni, qualche vomito. 3 mesi fa id.; 1 mese fa ematemesi grave.
315	46	Czerny	Petersen u. Machol, Bruns' Beitr. Bd. 33, c. 55.	22-X-900	u.25	Da due anni dolori, vomiti; ematemesi; anemia.
316	47	Id.	Id. c. 12.	7-XII-1900	d.16	Frequenti ematemesi; dilatazione.
317	48	Jaboulay	Duplant, Revue de méd. 1903, c. 1.	XII-1900	d.61	Da 6 anni disturbi gastrici, con accessi dolorosi e vomiti mucosi. Intervento per dolori intensi.
318	49	Czerny	Jahresb. d. Heidelberg. Klinik 1903 (Bruns' Beitr. Bd. 36 Suppl. Heft.).	11-I-1901	u.31	Da 10 anni disturbi gastrici; vomiti, insufficienza motoria.
319	50	Kümmel	Hamburg. Jahrbuch Bd. 7, c. 16.	24-I-1901	d.32	Da un anno disturbi. Enteroptosi.
320	51	Jaboulay	Duplant, Rev. de méd. 1903, c. 2.	6-V-1901	u.42	Dolori da 10 anni; vomiti, melena; nel 1900 persistono dolori e vomiti. Operato il 10-I-1901 di gastrolisi, dopo un mese i dolori si erano riprodotti (v. num. 361).
321	52	Czerny	Bruns' Beitr. Bd. 36, Suppl. Heft.	20-VI-1901	u.25	Da 6 mesi forti dolori gastrici. Dimagrimento forte. Insufficienza motoria e chimica.
322	53	Id.	Id.	25-VI-1901	d.45	Da due anni disturbi gastrici. Dolori, dilatazione, vomiti, ematemesi.
323	54	Id.	Id.	1-VII-1901	u.54	Già tre vomiti di sangue. Gastralgie. Insufficienza motoria.
324	55	Id.	Id.	9-VII-1901	u.42	Dal 1889 disturbi gastrici. Ematemesi una volta. Dilatazione.
325	56	Id.	Id.	14-X-1901	d.48	Da 7 anni ematemesi, vomito.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler.	Ulcera al piloro.	Guarigione	Vomiti, dolori. Bottone nello stomaco; il 22-IX-99 levato il bottone dallo stomaco. Disturbi come sopra. 10 Marzo 1900: nuova gastro-enter.
Roux.	Ulcera della piccola curvatura e parete posteriore, diffusa al pancreas.	"	
Roux.	Estesa perigastrite. Ulc. alla piccola curvatura e parete posteriore del piloro, con aderenze.	"	
Roux.	Ulcera della piccola curvatura nella regione cardiaca.	"	
Roux.	Ulcera della piccola curvatura diffusa al fegato. Tumore grosso come uovo di gallina.	"	
Roux.	Ulcera della piccola curvatura penetrante nel fegato.	"	
Roux.	Perigastrite adesiva; tumore diffuso alla piccola curvatura vicino al piloro.	"	
Roux.	Ulcera nell'antro pilorico; peripilorite, gastrectasia.	"	
v. Hacker.	Tumore della grossezza di una mela al piloro, duro, aderente al legamento gastro-epatico ed al pancreas.	Bottone ?	
Roux.	Piloro fisso, la sede dell'ulcera non si avverte. Stomaco sottile.	Guarigione	Dopo 8 mesi, digestione laboriosa.
v. Hacker.		"	Luglio 1901, bene.
Wölfler con bottone di Hildebrand. v. Hacker, col bottone di Jaboulay.	Perigastrite adesiva unente il peritoneo parietale al fegato, epiploon e faccia anteriore dello stomaco, indurita a questo livello. Sezione dell'aderenza dopo legat. epiploica.	Guarigione; bottone al 9° giorno. Guarigione	
v. Hacker.		Guarigione; bottone 9ª giornata.	
Wölfler con bottone di Hildebrand. v. Hacker, col bottone di Jaboulay.	Ulcera nella piccola curvatura e faccia posteriore vicino al piloro. Impossibile l'ablazione delle aderenze gastro-epatiche.	Guarigione; bottone al 17° giorno. Guarigione; bottone emesso al 17° giorno.	
v. Hacker.		Guarigione; bottone emesso dopo 12 giorni.	2 mesi dopo, bene.
v. Hacker.		Guarigione; bottone al 15° giorno.	2 mesi dopo, bene.
v. Hacker.		Guarigione	Gennaio 1902: stomaco libero, dolori nella cicatrice d'operazione.
v. Hacker.		"	Dopo 4 mesi, bene.
v. Hacker.		Guarigione; bottone in 15ª giornata.	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
326	57	Czerny	Bruns' Beitr. Bd. 36, Suppl. Heft.	7-XII-1901	d.20	Da 1 anno dolori, vomiti, ematemesi; insufficienza motrice.
327	58	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 6.	27-XI-1901	d.34	Da 15 anni disturbi gastrici; vomiti; ematemesi.
328	59	Carle	v. nostra casistica, c. 68.	3-II-1901	d.27	5 mesi fa vomiti; ematemesi.
329	60	Id.	Id. c. 70.	8-VII-1901	d.25	Da tre anni dolori, vomiti, deperi- mento.
330	61	Id.	Id. c. 78.	21-XII-1901	u.36	Da 6 anni stitichezza ostinata, inap- petenza; gastralgie, vomiti, ematemesi.
331	62	Id.	Id. c. 77.	XI-1901	d.45	Si interviene d'urgenza per emorragie profuse, ripetute. La malattia data però da anni, con vomiti e gastralgie.
332	63	Bastianelli	Policlinico 1903, c. 5.	28-IV-1902	u.51	Da anni dispepsia, rigurgiti; iperclo- ridria; cure mediche inutili.
333	64	Carle	v. nostra casistica, c. 82.	3-VI-1902	u.43	Da 4 anni e 1/2 dolori, ematemesi, di cui alcune recenti abbondantissime.
334	65	Id.	Id. c. 93.	10-IX-1903	d.18	Da 8 mesi; nausea, vomiti, dolori, ema- temesi.
335	66	Id.	Id. c. 95.	28-IX-1903	u.19	Dolori, deperimento.
336	67	Cordier	American journ. of med. sc. 1903, Oct. 17.	1903	d.43	Da 3 anni disturbi gastrici; da 1 anno vomiti, dolori, ematemesi.

PILORO

337	01	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 40. - v. Lan- genbeck's Archiv Bd. 37.	13-II-1887	d.20	Da un anno dolori, vomiti; negli ultimi mesi ematemesi, che ultimamente av- venivano dopo ogni pasto.
338	2	Id.	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 4.	29-III-1889	u.29	Da due anni sintomi d'ulcera steno- sante il piloro.
339	3	Czerny	Dreydorff, Bruns' Beitr. Bd. 11, c. 3.	17-I-1893	d.30	Da 9 anni crescenti disturbi gastrici; crampi. Da 3-4 anni vomiti. Recidiva dopo cura medica. Fenomeni di peri- gastrite.
340	4	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, Bd. 2, c. 1.	22-VI-1894	d.45	Da due anni vomiti, dolori. Dilatazione. Spesso ematemesi.
341	5	Curtis	Annals of surgery 1894.	IV-1894	u.37	Molto dimagrito per ematemesi ripe- tute.
342	6	Mayo	Dis. of the stomach p. 118.	22-XI-1895	d.29	Dolori, vomiti.
343	7	Robson Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 2.	26-XI-1896	d.33	9 anni prima gastralgie, che si ripete- rono ad intervalli. Vomiti; ematemesi.
344	8	Id.	Id. caso 3.	21-II-1897	u.36	Da due anni dolori; ernia epigastrica. Vomiti.
345	9	Mayo	Dis. of the stomach p. 125.	18-III-1897	d.46	Vomiti, dolori da 3 anni.
346	10	Robson Mikulicz	Kausch, Mitt. a. d. Grenz. Bd. 4, c. 5.	18-V-1897	d.21	Da 5 anni disturbi gastrici. Emate- mesi, dolori.
347	11	Id.	Id. caso 8.	21-X-1897	u.25	Da 10 anni disturbi gastrici. Recidive dopo cure Leube. Ematemesi, dolori.
348	12	Mayo Robson	Dis. of the stomach p. 207, c. 2.	21-X-1897	u.44	Dolori, ematemesi, vomiti, dimagri- mento.

Metodo Operativo	Reperio d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.		Guarigione	1902: bottone nello stomaco.
Wölfler con bottone di Frank.	Piloro compreso in un tumore grosso come una mela, aderente col fegato.	Morte 12 giorni dopo per embolia polmonare. Ulcera della parete posteriore del ventricolo.	
v. Hacker.	Ispessimento notevole al piloro con carattere in parte calloso.	Guarigione	In seguito, bene.
v. Hacker.	Piloro con pareti callose; adenenze.	Guarigione; bottone emesso al 12° giorno.	Dopo circa 3 anni, bene.
v. Hacker.	Ulcera alla piccola curvatura.	Guarigione; bottone emesso al 2° giorno.	Dopo due anni e mezzo, bene.
v. Hacker.	Ulcera della piccola curvatura con bordi callosi, stenosante il piloro.	Guarigione	Non più ematemesi, nè dolori, nè vomiti.
v. Hacker.	Piloro ingrossato, indurito, con traccie di cicatrici.	*	
v. Hacker.	Indurimento calloso al piloro.	*	
v. Hacker.	Ispessimento della parete anteriore del piloro.	*	
v. Hacker.	Ulcera alla piccola curvatura, con bordi infiltrati.	Guarigione; bottone al 30° giorno.	
Wölfler.	Ulcera estesa alla parete superiore e posteriore vicino al piloro; alcune aderenze al legato.	Guarigione	Dopo due mesi e mezzo, bene.

PLASTICA

Mikulicz e cauterizzazione dell'ulcera.	All'apertura dello stomaco esce circa un litro di liquido con sangue.	Morte 50 ore dopo in collasso.	
Mikulicz.	Ulcera della parete posteriore penetrante nel pancreas.	Morte dopo 7 giorni (polmonite).	
Heinecke-Mikulicz.	Piloro ristretto.	Guarigione	Dopo quattro mesi e mezzo, bene.
Mikulicz.	Ulcera della piccola curvatura, protrudente così da stenosare il piloro. Aderenze dell'omento al piloro.	*	6 mesi dopo, bene.
Mikulicz.	Ulcera nella semicirconferenza posteriore del piloro.	*	
Heinecke-Mikulicz.	Ulcera pilorica in atto.	*	Dopo un certo tempo, recidiva.
Mikulicz.	Ulcera 12 × 8 mm., profonda 5 mm. alla parete posteriore, vicino alla piccola curvatura, nel mezzo fra cardias e piloro.	*	2-VII-97, bene.
Mikulicz.	Alla piccola curvatura, a 5 centimetri dal piloro, ulcera aderente al pancreas. Piloro ristretto.	*	19-VI-97 lavora, ma a leggieri disturbi.
Heinecke-Mikulicz.		*	Dopo 2 anni, bene.
Mikulicz.		*	Febbraio 1899, sta bene.
Mikulicz.	Ulcera nella parete posteriore del piloro.	Ematemesi	Dopo 9 mesi, bene.
Heinecke-Mikulicz su bobina Robson.	Forte spasmo del piloro.	Guarigione	Dopo 1 anno, bene.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
349	13	Nicolaysen	Nord. med. Arkiv 1900, n. 17, c. 10.	10-VI-1897	u.27	Da 5 anni disturbi gastrici; ematemesi ripetute, profuse, anche poco prima dell'operazione.
350	14	Mikulicz	Kausch, Mitt. a. d. Grenzgeb. Bd. 4, c. 2.	6-III-1898	u.45	12 anni prima, ematemesi. Dolori, vomiti.
351	15	Id.	Id. c. 4.	13-VI-1898	d.23	Da due anni; ematemesi.
352	16	Nicolaysen	Nord. med. Arkiv 1900, n. 17, c. 22.	XII-1898	u.18	Da 4 anni dolori, vomiti, ematemesi.
353	17	Kablukow	Chirurgie 1903, August.	1900	u.52	Da 4 anni forti dolori, vomiti; 2 giorni prima dell'operazione ematemesi.
354	18	Id.	Id.	?	?	
355	19	Jaboulay	Cavaillon, Lyon méd. 1903.	1903	u.44	Da 15 anni dolori a tipo nettamente ipercloridrico; vomiti etc.

GASTRO

356	1	Rydygier	Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1901, p. 208.	15-V-1882	u. ?	
357	2	Mayo Robson	Dis. of the stomach p. 200.	28-IX-1898	d.41	Da 14 anni accessi dolorosi all'epigastrio; da 9 mesi vomito, melena.
358	3	Garré	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 442, c. 50.	16-XII-1898	d.32	Da un anno e mezzo, vomiti; tumore nella regione gastrica.
359	4	Mayo Robson	Dis. of the stomach p. 128.	2-I-1900	d.42	22 anni fa, sintomi di ulcera gastrica; poi, vomiti e dolori dopo i pasti ad accessi; ematemesi; dilatazione.
360	5	De True	Ugeskrift v. Laeger 1901.	1900	?	Sintomi di profondi disturbi funzionali dello stomaco.
361	6	Jaboulay	Duplant, Rev. de méd. 1903.	10.-1901	u.42	Da 10 anni dolori, vomito; melena. Si interviene per i dolori ed il vomito.
362	7	Mitchell	Lancet 1903, vol. 2, p. 591, c. 13.	2-V-1901	d.22	Da 8 anni disturbi gastrici; vomiti, dolori.
363	8	Delore	Duplant, Rev. de méd. 1903.	10-I-1901	d.62	
364	9	Vallas	Langlais, Thèse de Lyon 1902.	1902	d.36	Dolori, iperacidità; ematemesi.
365	10	Id.	Id.	1902	u.21	Dolori etc.
366	11	Jaboulay	Cavaillon, Lyon méd. 1903, vol. 2, p. 131.	?	u.50	Dolori gastrici costanti, vomito incoercibile.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Heinecke-Mikulicz.	Ulcera al piloro.	Guarigione	Nel 1° anno recidiva di ematemesi e dolori. Morte nel 1898 per tubercolosi polmonare.
Mikulicz.	Ulcera della piccola curvatura.	»	6 mesi dopo, bene.
Mikulicz.	Spasmo del piloro.	»	
Heinecke-Mikulicz.	Ulcera al piloro alquanto infiltrata; muscolare ipertrofica.	»	
Raschiamento e piloro-plastica.	Ulcera estesa 2-3 centim. alla parete posteriore del piloro.	»	
Id.		»	
Heinecke-Mikulicz.	Zona cicatriziale sulla faccia anteriore interna, nel vestibolo del piloro; questo è permeabile.	»	

LISI

Lacerazione delle aderenze, trazioni sul piloro.	Aderenze fittissime. Stenosi pilorica.	Guarigione	Dopo 18 anni vive; lievi disturbi quando fa disordini dietetici. Dopo 2 anni, bene.
Lisi.	Aderenze estese fra piloro, cistifellea e fegato; cicatrici nelle pareti dello stomaco.	»	
Gastrolisi.	Ulcera callosa della parete posteriore, penetrante nel pancreas (perforazione). Aderenze.	»	Dopo 5 anni, bene; per tre anni, ancora dolori.
Gastrolisi ed interposizione di omento fra piloro e vescica biliare.	Alla superficie anteriore, cicatrice da vecchia ulcera; piccola curvatura aderente al fegato. Aderenze omentali.	»	Dopo parecchi mesi, bene.
Scolte le aderenze alla superficie inferiore del fegato. Non estirpato il tumore, causa collasso.	Ulcus - tumor della piccola curvatura.	»	Dopo 6 mesi, bene.
Lisi.	Sinfisi gastro-epatica completa per l'estensione d'una moneta da 5 franchi. Briglie infiammatorie vicino alla piccola curvatura.	»	Dopo 1 mese ritornano i dolori; si fece poi la G. E. (v. numero 320).
Divisione delle aderenze anche posteriormente.	Numerose aderenze alla superficie anteriore dello stomaco.	»	Dopo 2 anni, bene.
Sezione delle aderenze; sutura emostatica delle parti cruentate.	Aderenze dell'epiploon alla parete addominale ed alla piccola curvatura. Altre aderenze fra questa ed il fegato.	»	
Distruzione delle aderenze.	Ascite. Numerose aderenze fra fegato e piccola curvatura, fra parete addominale e parete anteriore dello stomaco.	Morte 10 giorni dopo per cachessia.	
Gastrolisi	Grande epiploon e parete anteriore dello stomaco aderenti alle pareti addominali. Ulcera della piccola curvatura aderente al fegato.	Guarigione	
Sezione della briglia.	Zona cicatriziale molto stretta, a livello del piloro; peritoneo peripilorico ispessito, formando in un punto una briglia stenotomante.	»	Dolori scomparsi, ma dopo la 12 ^a settimana ripetonosi vomiti e dolori. Gastro-enterostomia.

INTERVENTI

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
------------------------	------------------------	-----------	----------------------	-------------------	-------------	--------------------------------------

Interventi

367	0 1	Mixter	Boston med. journal 1889.	IX-1888	u.50	Ematemesi abbondante e melena.
368	0 2	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 41.	5-XII-1889	u.38	Da 23 anni disturbi gastrici; da 7 anni dolori. Un anno fa, poi ripetutamente negli ultimi tempi, ematemesi che prima dell'operazione si fecero profuse. Sintomi di stenosi pilorica.
369	3	Billroth	Hansyu. Knauer, Bruns' Beitr. 1892.	1892	d.45	
370	4	Terrier	Bull. de la soc. de chir. de Paris, v. 20.	1894	d.62	Gastrorragie; tumore del volume di un uovo. Dimagrimento.
371	0 5	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 43.	13-IX-1894	u.41	Da molti anni disturbi gastrici; gastralgie acute recenti. Nei giorni precedenti l'operazione ripetute e profuse ematemesi.
372	0 6	Hirsch	Berl. klin. Wochen- schr. 1896, n. 38.	14-III-1896	d.25	Ripetute emorragie. Sintomi di ulcera da 4 mesi.
373	7	Parker	Annals of surgery, 1896.	1896	d.25	Sintomi di ulcera gastrica.
374	0 8	Michaux	Dieulafoy, Presse méd. 1898, p. 31.	26-X-1897	d.30	Non sintomi gastrici precedenti. Ematemesi e melena nei giorni 20-22-23-X.
375	0 9	Barrs	Lancet 1897, n. 27.	1897	d.23	Da due o tre anni dolori gastrici; improvvise ematemesi e melena ripetute.
376	0 10	Gilford	Guy's Hosp. reports 1898, p. 103.	1898	d.30	Non ebbe disturbi gastrici; recentemente ripetute gastrorragie.
377	11	Brenner	v. Langenbeck's Ar- chiv Bd. 69, c. 27.	24-IV-1899	d.47	Da tre mesi, tumore nella regione gastrica. Dolori. Il tumore pare aderente alla parete addominale anter.
378	12	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 16.	15-VIII-1899	u.25	Da due mesi disturbi. Da un mese vomito e dolori. Tumore all'epigastrio.
379	0 13	Id.	Id. c. 1.	16-XI-1899	d.30	Tre anni fa ematemesi. Ora vomito abbondante di sangue. Febbre, delirio.
380	0 14	Id.	Id.	16-VI-1901	u.22	Da 6 settimane ematemesi.

DIVERSI

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
esplorativi.			
Laparotomia esplorativa.	Piloro ispessito e aderente alle parti vicine.	Morte per erosione dell'arteria pancreatico-duodenale.	
Laparotomia : tamponamento.	Aperto il piloro, che è ristretto, non si trova la causa dell'emorragia.	Morte dopo 9 ore in collasso. (Ulceri nel piloro).	
Gastrotomia esplorativa.	Ulceri aderenti al pancreas, (piccola curvatura, parete posteriore).	Morte dopo 4 g.	
Laparotomia esplorativa.	Tumore alla piccola curvatura aderente alla parete addominale anteriore ed al fegato.	Guarigione	Dopo un anno bene. Il tumore è scomparso.
Si tenta la termocauterizzazione. Emorragia da un'arteria pancreatica. Tamponamento.	Ulceri della parete posteriore vicino al piloro, penetrante nel pancreas.	Morte dopo 9 ore, in collasso.	
Gastrotomia esplorativa nella parete anteriore.	L'ulceri non fu trovata.	Guarigione	Dopo un certo tempo tornarono le emorragie.
Dopo apertura dell'addome, rottura dell'ulceri aderente col fegato. Tamponamento.		» Fistola gastrica guarita dopo 4 mesi.	
Gastrotomia esplorativa.	Ulceri invisibile.	Morte 5 giorni dopo per nuova emorragia (Ulceri nella faccia posteriore, con un'arteriola erosa, vicino alla piccola curvatura).	
Laparotomia e gastrotomia esplorative.	Due o tre piccole ecchimosi.	Morte per altra emorragia. Ulceri cicatrizzata nel cui centro trovasi un vasetto corroso.	
Gastrotomia.	Non trovata l'ulceri.	Morte 3 giorni dopo per esaurimento. Ulceri nell'inc. gastric.	
Laparotomia esplorativa.	Tumore del ventricolo aderente anteriormente alle pareti addominali, posteriormente al pancreas ed alla colonna vertebrale.	Guarigione	IX-1902: sta bene. Dolori cessati. Mangia di tutto.
Laparotomia esplorativa.	Tumore grosso più di un pugno, aderente al fegato, comprendente una gran parte dello stomaco; benoccolato. Si ritiene un carcinoma.	»	Dopo due mesi tumore scomparso, benessere.
Laparotomia esplorativa.	Reperto negativo.	Morte 48 ore dopo in collasso. (Ulceri nella parete posteriore).	
Laparotomia esplorativa.	Reperto negativo.	Guarigione	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
381	1	v. Eiselsberg	XXIX Deutsche Chirurg. Congr. (Zentralbl. f. Chirurgie 1900, n. 28).	VII-1894	d.60	Tumore nella regione pilorica. Stenosi al cardias. Deperimento.
382	2	Maydl	Wiener klin. Rundschau 1903.	8-XI-1897	u.31	Da più mesi disturbi gastrici. Tumore epigastrico di cm. 27.
383	3	Id.	Id.	23-II-1899	u.48	Disturbi gastrici da 18 anni. Un mese e mezzo prima grave ematemesi.
384	4	Id.	Id.	18-XI-1899	d.36	Da 2 anni disturbi gastrici: ematemesi, vomiti, melena. Tumore epigastrico, anemia.
385	5	Id.	Id.	20-X-1900	u. ?	Da anni vomiti, resistenza all'epigastrio.
386	6	Id.	Id.	26-III-1901	u.44	Disturbi gastrici da 2 mesi. Si palpa un tumore sotto le false coste sin.
387	7	Id.	Id.	11-VI-1902	u.56	Disturbi gastrici da 14 anni. Ematemesi e melena negli ultimi mesi.
388	8	Stieda	Stieh, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 445-446.	9-X-1902	u.67	Da 30 anni disturbi d'ulcera; ripetute emorragie con diverse recidive. Da alcune settimane aumento dei disturbi, vomiti, melena.
389	9	Krause	Maragliano, Bruns' Beitr. Bd. 41, p. 552, c. 8.	9-XII-1902	d. ?	Da 4 mesi intense gastralgie; poi intensi vomiti con ripetute e gravi emorragie, specialmente negli ultimi giorni.
390	10	Kelling	Zentralbl. f. Chir. 1904, n. 5.	1903	d.51	Ulcera cronica e forti emorragie.

Digiuno

Gastro-Enterostomia

391	1	Doyen	Traité chir. d. affections de l'estomac 1895, p. 336, c. 14.	22-III-1893	u.34	Cachettico, crisi gastralgiche atroci, non ematemesi. Anacloridria.
392	2	v. Eiselsberg	v. Langenbeck's Arch. Bd. 62.	6-IX-1899	d.33	Operata 6 mesi fa di gastro-enterostomia posteriore per ulcera del piloro, ebbe ematemesi e violente gastralgie (v. n. 142).

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
------------------	----------------------	----------------	--------------

stomia.

Digiunostomia.	Tumori duri nelle regioni pilorica e cardiaca, diagnosticati prima per carcinomi.	Guarigione	Dalla 3 ^a settimana qualche cibo per bocca. Aumento di 20 Kg. 20-V-1897 chiusa la fistola. 1900, sta bene.
Digiunostomia.		»	1-V-1898. Tumore quasi scomparso. VIII-1898 alimentazione boccale.
Digiunostomia.	Ulcera estesa della piccola curvatura con tendenza a stringim. a clessidra.	Morte per peritonite dopo 24 ore.	
Digiunostomia.		Guarigione	Dopo 9 mesi, alimentazione boccale. 14-III-1902 si chiude la fistola.
Gastrotomia esplorativa; digiunostomia.	Ulcera perforata della parete posteriore: sacca nella retrocavità degli epiploon.	»	VII-1901 alimentazione boccale. X-1901 morte di tubercolosi polmonare.
Digiunostomia.	Il tumore occupa la parete gastrica posteriore, presso la piccola curvatura.	»	
Digiunostomia.	Ulcera nella parete posteriore.	»	Dopo 6 mesi alimentazione boccale.
Digiunostomia con metodo di Witzel, per abbreviare l'operazione.	Piloro contratto duro.	Morte dopo 24 ore per emorragia. Ulc. profonda nel piloro con 2 arterie aperte nel fondo.	
Digiunostomia.		Il 10-XII vomito di grande quantità di sangue; morte in collasso.	
Digiunostomia.		Guarigione	

ed esclusione del piloro.

Esclusione, e gastro-enterostomia Doyen.	Ulcera callosa della piccola curvat. a cavallo della faccia anteriore e posteriore dello stomaco e larga come la palma d'una mano.	Guarigione	
Esclusione secondo v. Eiselsberg.	Piloro normale. Sulla sua superficie posteriore una piccola ulcera crateriforme (l'antica ulcera rimpicciolita) aderente col pancreas. Ulcera alla superficie posteriore della piccola curvatura, che si estende verso il fegato.	»	Dopo 9 mesi, bene.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
393	⁰ 1	Körte	v. Langenbeck's Arch. Bd. 63, c. 31.	18-IV-1896	u.36	Da 14 anni disturbi gastrici. 9 anni fa ematemesi. Nei giorni precedenti l'operazione, ripetute ematemesi.
394	⁰ 2	Cazin	Diculafoy, Presse Médic. 1898.	16-X-1897	?	Ematemesi violente, improvvise, nei giorni 7-9-X.
395	⁰ 3	Andrews	Annals of surgery 1899, Oct.	1899	d.38	Da due anni disturbi gastrici; improvvisamente, in due giorni successivi, profuse ematemesi.
396	⁰ 4	Id.	Id.	1899	u.36	Da anni sintomi di ulcera gastrica. 2 volte emorragie.
397	⁰ 5	Roux	Turin, Thèse de Montpellier 1903, oss. 8.	1900	d. ?	Ebbe ematemesi abbondantissime. Debolezza estrema.
398	⁰ 6	Butlin	Duckworth, Brit. med. journal 1903, Oct.	4-XII-1902	u.29	Attacchi continui e gravi di ematemesi.

V A

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti, remoti
------------------	----------------------	----------------	---------------

RIA

Gastrotomia. Ulcera della piccola curvatura. Termocauterizzazione; emorragia; legature profonde. Sutura con catgut.	Ulcera della piccola curvatura. Fondo dell'ulcera formato dal pancreas. Erosioni lenticolari sulla faccia posteriore vicino alla grande curvatura. Ulcera nella parete posteriore, aderente al pancreas.	Morte 7 giorni dopo per emorragia dal ramo principale dell'arteria splenica. Guarigione	
Gastrotomia nella parete anteriore. Legat. in massa della parete gastrica in corrispondenza dell'ulc. Sutura della ferita gastrotomica nella parete anteriore.		»	
Gastrotomia; legatura in massa.	Alla parete anteriore e posteriore, due erosioni.	«	Apparvero poi segni di dilatazione gastrica e gastralgie. G. E. Morte.
Doppia legatura delle arterie della piccola curvatura.	Ulcera della piccola curvatura?	»	Dopo 3 anni, bene.
Legatura di 3 punti sanguinanti, previa gastrotomia.	Nella grande curvatura, vicino al piloro, per un'area estesa, la mucosa era scura e con parecchie fessure ed escoriazioni sanguinanti.	»	Dopo 2 mesi, bene.



II.

TRATTAMENTO CHIRURGICO
della
STENOSI PILORICA CICATRIZIALE
DA ULCERA

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Età - Sesso	Durata della malattia Indicazioni
399	1	Rydygier	Berl. klin. Wochen- schr. 1882.	20-XI-1881	d.30	Stenosi, dilatazione gastrica.
400	2	Lauenstein	v. Langenbeck's Arch. Bd. 28, p. 420.	3-I-1882	d.34	
401	3	v. Kleef	Weekbl. 1882, n. 25.	27-I-1882	d.37	Da 15 anni disturbi gastrici. Anemica per ematemesi abbondanti.
402	4	Billroth	Mikulicz, Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, p. 260, c. 2.	3-V-1883	d.47	
403	5	Spear	American med. jour- nal 1885.	10-I-1885	u.40	
404	6	Lauenstein	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 44.	29-I-1885	u.47	Da 16 anni disturbi; vomiti; emorragie.
405	7	Czerny	Czerny u. Rind- fleisch, Bruns' Beitr. Bd. 9, c. 14.	11-II-1885	d.31	Da 10 anni dolori, talora vomiti di sangue. Dimagrimento. Tumore duro sopra l'ombelico.
406	8	Billroth	v. Eiselsberg, v. Langenbeck's Ar- chiv. Bd. 39, c. 12.	21-XII-1885	d.58	Da un anno e mezzo eruttazioni acide; da 6 mesi vomiti. Dimagri- mento.
407	9	Id.	Id. c. 13.	26-III-1887	d.55	Da tre anni dolori, recentemente vo- miti. Dimagrimento. Tumore palpabile.
408	10	Salzer	Wien. med. Blätter 1891 n. 25.	26-III-1887	d.55	
409	11	Billroth	Loc. cit., c. 17.	27-X-1887	u.31	Da lungo tempo vomiti, ematemesi. Dimagrimento. Dilatazione.
410	12	Id.	Id. c. 14.	17-XI-1887	d.49	Da tre anni dolori, da sei mesi vomiti. Dimagrimento.
411	13	Id.	Id. c. 18.	16-XII-1887	d.37	Da 15 anni vomiti frequenti. Dimagri- mento. Palpabile un tumoretto.
412	14	Anderer	v. Langenbeck's Arch. Bd. 39, p. 384.	1887	d. ?	
413	15	Kolat- schewsky	Berl. klin. Wochen- schr. 1888 n. 51.	10-IV-1888	u.15	
414	16	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 24.	17-V-1888	d.40	Da più mesi eruttazioni, oppressione. Da 10 settimane dolori, vomito. Dima- grimento. Tumore duro e mobile sopra e a destra dell'ombelico. Non HCl.
415	17	Novaro	Prima resezione del pilorio 1891, Siena.	30-VI-1888	d.18	
416	18	Billroth	v. Eiselsberg, v. Langenbeck's Ar- chiv. Bd. 39, c. 15.	4-VII-1888	d.46	Da 19 anni disturbi gastrici. Vomiti, dimagrimento, dilatazione.
417	19	Lauenstein	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 44.	18-XII-1888	u.36	Da 3 anni.
418	20	Id.	Id.	21-XII-1888	u.51	
419	51	Billroth	Mikulicz, Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, p. 260, c. 3.	3-V-1889	d.31	
420	22	Czerny	Czerny u. Rind- fleisch, Bruns' Beitr. Bd. 9, c. 17.	12-IX-1889	d.50	Da un anno vomito; inappetenza. Di- magrimento. Tumore palpabile.
421	23	Maydl	Semaine méd. 1901, p. 174.	1891	u. ?	Diagnosi di carcinoma del piloro.
422	24	Mayo Robson	Dis. of the stomach p. 116.	1891	u.54	Da 6 mesi dolori, vomiti, ematemesi. Tumore al piloro.
423	25	Postempsky	3 ^o Congr. di chir. ital.	1891	u. ?	
424	26	Lauenstein	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 44.	26-VI-1894	u.42	Da 6 anni; vomiti, dilatazione.

Z I O N E

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Resezione totale circolare. Resezione del piloro.	Ulcera penetrante nel pancreas: pareti molto ispessite. Stenosi cicatriziale. Aderenze.	Guarigione Morte dopo 7 giorni. Gangrena del colon trasverso. Guarigione	Dopo 19 anni completo benessere.
Pilorectomia.	Ulcera alla faccia anteriore del piloro, stenosante.	Guarigione	Più tardi segni di atonia e dilatazione gastrica. Lavature.
Resezione parziale.	Stenosi cicatriziale al piloro.	Morte 17 ore dopo; peritonite.	
Resezione del piloro.		Morte dopo alcune ore.	
Resezione del piloro.	Stenosi, aderenze.	Morte dopo 24 ore.	
Billroth I. Si sutura anche una lacerazione del duodeno.	Ulcera al piloro voluminosa.	Morte 2 giorni dopo. Polmonite. Peritonite.	
Resezione circolare secondo Billroth I.	Durezza al piloro.	Morte dopo 5 giorni. Peritonite.	
Resezione circolare secondo Billroth I. Resezione del piloro.	Tumore grosso come una mela nella regione pilorica.	Guarigione »	Dopo due anni e mezzo, bene. Dopo due anni e mezzo, bene.
Resezione parziale romboidale. Sutura.	Alla parete anteriore, vicino al piloro, una callosità dura stenosante il piloro.	Morte all'11° giorno. (Peritonite da perforazione). Guarigione	
Resezione circolare secondo Billroth I. Resezione parziale romboidale. Sutura.	Piloro infiltrato, aderente al pancreas.	Guarigione	
Resezione del piloro. (resecatto un pezzo 20 x 12).	Ulcera stenosante alla parete pilorica posteriore. Stenosi cicatriziale da ulcera.	Morte dopo 14 giorni. (Peritonite). Guarigione	Dopo 2 anni, bene.
Resezione del piloro.	Stenosi cicatriziale da ulcera.	»	Dopo 5 settimane, bene.
Resezione del piloro.	Tumore cilindrico esteso dal piloro sullo stomaco, dato da un'ulcera callosa stenosante.	»	Dopo 6 mesi, bene. Dopo un anno e mezzo, morta con disturbi gastrici.
Resezione del piloro.	Stenosi cicatriziale.	»	Dopo 3 anni, bene.
Resezione circolare secondo Billroth I.	Infiltrazione anulare del piloro.	Morte dopo 2 giorni (per peritonite da perforazione).	
Resezione del piloro.	Stenosi da ulcera al piloro.	Morte dopo 24 ore (collasso). Guarigione	
Resezione del piloro. Resezione parziale.	Stenosi pilorica. Aderenze al fegato ed al pancreas.	Guarigione »	Morte il 28-VI per emorragia da una nuova ulcera.
Billroth I.	Durezza circoscritta al piloro (3 ulceri).	Morte in 2 ^a giornata (polmonite da aspirazione). Guarigione	
Resezione estesa.	Massa cicatriziale formata da ulcera guarita.	»	
Resezione del piloro, sutura fra stomaco e duodeno.	Piloro ispessito, nodoso, con adesioni al fegato ed all'omento.	»	
Resezione del piloro. Resezione.	Ulcera in via di cicatrizzazione. Stenosi e ulcera del piloro.	Morte dopo 9 giorni (inanizione).	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
425	27	v. Eiselsberg	v. Langenbeck's Arch. Bd. 54, p. 572.	9-V-1896	d. 27	Sintomi di stenosi pilorica a poco a poco subentranti. Dilatazione. Tumore mobile nella regione pilorica.
426	28	Id.	Id. p. 576.	6-XI-1896	d. 45	Da un anno disturbi gastrici. Vomito. Dimagrimento. Tumore duro, grosso come un uovo di gallina, a sinistra sopra l'ombelico.
427	29	Kümmell	Hamburg. Jahrbuch 1899-1900.	5-VIII-1897	d. 48	Da lungo tempo disturbi, dolori, vomito. Dilatazione.
428	30	Krönlein	Mitt. a. d. Grenzgeb 1897, p. 500.	26-XI-1898	u. 48	Trauma all'epigastrio. Dolori, vomiti. Dimagrimento.
429	31	Kümmell	Loc. cit.	27-VI-1898	d. 52	Da 14 anni disturbi d'ulcera. Emorragia.
430	32	Brenner	Arch. f. klin. Chir. Bd. 69, c. 3.	19-VI-1899	d. 53	Da 4 anni vomito, dolori.
431	33	Id.	Arch. f. klin. Chir. Bd. 69, c. 6.	10-V-1900	d. 49	Da 20 anni disturbi gastrici; ematemesi; melena; dolori sempre più gravi. Tumore nella regione epigastrica destra.
432	34	Körte	v. Langenbeck's Arch. Bd. 63, c. 37.	23-V-1900	u. 42	Da 7 anni disturbi gastrici; vomiti, dolori, dilatazione.

Resezione e

433	*1	Loebker	Verhandl. d. d. Ge- sellsch. f. Chir.	1891	u. 45	Già operato di piloroplastica; recidivo.
434	2	Doyen	Traité chir. d. affec- tions de l'estomac 1895.	28-XI-1892	u. 22	Gastralgie da 7 anni; vomiti da 3 anni; mai ematemesi; dimagrimento estremo.
435	3	Id.	Id. c. 12	16-VII-1893	d. 59	Sintomi di stenosi pilorica completa. Vicino all'ombelico, tumore duro.
436	4	Zoege von Manteuffel	Fick, v. Langen- beck's Arch. Bd. 54, c. 6.	15-XI-1896	u. 30	Da 4 anni disturbi gastrici. Dolori, vomiti, Stipsi. Dimagrimento.
437	5	Körte	v. Langenbeck's Ar- chiv Bd. 63, c. 33.	10-IX-1897	d. 41	Dolori, vomiti.
438	6	Id.	Id. c. 34.	10-X-1898	u. 90	Da 20 anni disturbi gastrici; da 15 anni vomiti. Dilatazione.
439	7	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32. c. 14.	25-X-1899	d. 38	Da 4 mesi gastralgie e vomiti.
440	8	Körte	Loc. cit., c. 36.	8-II-1900	u. 49	Da 5 anni vomiti, dolori; dimagri- mento. Dilatazione.
441	9	Huntington	Annals of surgery 1900, April.	1900	u. 45	Operato con diagnosi di cancro.
442	10	Czerny	Bruns' Beitr. Bd. 36, Suppl. Heft, p. 94.	19-III-1901	u. 50	Da un anno e mezzo dolori, ematemesi. Dimagrimento.
443	11	Id.	Id.	3-IV-1901	d. 54	Da 20 anni disturbi gastrici, ultima- mente dolori più forti. Dimagrimento.
444	12	Id.	Id.	2-VI-1901	d. 37	Da molti anni dolori; tumore all'epi- gastrio.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Billroth I.	Tumore lungo 14 cent. X 13. Stenosi permeabile ad una matita.	Morte 5 settimane dopo (peritonite cronica).	
Billroth I.	Tumore pilorico molto duro. Piloro impermeabile al dito.	Guarigione	
Escisione (sciolte le aderenze). Resezione circolare del piloro, secondo il primo metodo di Billroth. Escisione.	Aderenze. Piloro indurito, infiltrato. Ispessimento alla grande curvatura. Aderenze.	Morte dopo 3 giorni (polmonite). Guarigione »	
Resezione circolare, impianto del duodeno nella parete posteriore. Resezione circolare.	Nella parte pilorica, tumore esteso verso la piccola curvatura. Intorno all'ulcera, vicino al piloro, infiltrazione estendentesi verso il pancreas.	» »	Luglio 1902, bene. Luglio 1902, bene.
Resezione circolare secondo Billroth I.	Parete posteriore, sopra il piloro, indurita.	»	

Gastro-enterostomia.

Resezione del piloro; G. E.		Guarigione	
Resezione del piloro; G. E. Doyen.	Stenosi cicatriziale; aderenze. Alla regione pilorica, massa callosa che si prolunga sul duodeno.	»	
Resezione; G. E. Wölfler.	Il tumore pilorico è creduto un cancro (enorme ulcera callosa).	Morte dopo 48 ore in collasso.	
Kocher; riunione del digiuno allo stomaco secondo v. Hacker.	Regione pilorica compresa in un tumore denso con cicatrici aderenti al pancreas.	Guarigione	
Resezione circolare, G. E. v. Hacker.	Al piloro ristretto, un piccolo tumore.	»	
Resezione circolare; G. E. v. Hacker.	Al piloro un tumore ad anello.	»	Dopo 2 anni, bene.
Resezione del piloro e della testa del pancreas; G. E. Wölfler.	Tumore della regione pilorica e della piccola curvatura, penetrante nel pancreas.	Morte dopo 8 giorni (gangrena del colon trasverso).	
Resezione circolare; G. E. v. Hacker.	Tumore nella regione pilorica, fin sulla piccola curvatura, che sembra un carcinoma. (Ulc. col fondo aderente al pancreas).	Morte dopo 4 giorni, in collasso.	
Resezione del piloro. Impianto, mediante bottone, del capo del duodeno nella parete anteriore dello stomaco.	Nel pezzo estirpato si trovarono, alla superficie interna del piloro, profonde ulcere perforate, ed altra piccola nella parete anteriore, vicino al piloro.	Guarigione; bottone emesso al 13° giorno.	
Resezione del piloro; G. E. v. Hacker con bottone.	Alla superficie anteriore del piloro, cicatrice di aspetto tumorisimile.	Morte 12 giorni dopo per polmonite.	
Resezione del tumore; G. E. v. Hacker con bottone.	Tumore duro cicatriziale al piloro.	Guarigione, bottone emesso al 13° giorno.	
G. E. v. Hacker con bott.; in Luglio resezi. del tumore (bott. nello stom.).	Tumore al piloro esteso circa 5-6 centimetri.	Guarigione	Dopo 6 mesi, bene.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
445	13	Brenner	Arch. f. klin. Chir. Bd. 69, c. 14.	25-X-1902	d.28	Da tempo vomiti. Da 2 mesi dolori violenti che non si calmano neppure col vomito. Nessun risultato colla cura Leube.

Resezione e

446	1	Novaro	Contr. alla chir. d. stomaco, 1890, c. 9.	5-II-1889	d.65	Estremo dimagrimento. Tumore sopra l'ombelico. I disturbi datano da 7 anni. Vomiti. Dolori. Ematemesi.
447	2	Kader	Mikulicz, Mitt. a d. Grenzgeb., Bd. 2, c. 25.	8-IV-1895	d.31	Da 14 anni disturbi gastrici, aumentati da un anno; eruttazioni, dolori. L'ammalato si provoca il vomito. Melena. Tumore duro sopra l'ombelico. HCl libero, poco acido lattico.
448	3	Tuffier	Bull. de la soc. de chir. de Paris 1899.	1899	d.58	Tumore dolente all'epigastrio.
449	4	Körte	v. Langenbeck's Archiv Bd. 63, c. 35.	8-V-1900	d.16	6 mesi fa ematemesi. Ristagno. Eclasia.

Gastro-Enterostomia

450	1	v. Hacker	v. Langenbeck's Archiv Bd. 32, p. 119 c. 2.	3-V-1884	u.31	
451	*2	Lücke	Rockwitz, Dtsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 25, c. 1.	25-XI-1885	d.22	
452	*3	Id.	Id.	3-IV-1886	u.25	
453	*4	Id.	Id.	12-VI-1886	d.39	
454	5	Billroth	v. Eiselsberg, v. Lang. Arch. Bd. 39, c. 4.	29-V-1886	u.32	Da 7 mesi disturbi gastrici. Da 9 mesi costante vomito.
455	6	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 11. e v. Langenbeck's Arch. Bd. 37.	11-VI-1886	u.40	Da 18 anni disturbi gastrici. Da tre anni forte dilatazione. Dolori, insufficienza.
456	*7	Bowreman Jeset	Lancet 1898, v. 1.	6-II-1887	u.50	
457	8	Novaro	Contr. alla chir. d. stomaco, Siena 1890, c. 2.	15-VII-1887	u.45	Da 30 anni soffre di stomaco; da 8 mesi peggiorato; dolori; vomito anche caffèano. Deperimento.
458	*9	Fritzsche	Korresp. f. Schweiz. Aerzte Bd. 18.	24-II-1888	d.57	
459	10	Novaro	Loc. cit., c. 4.	30-VI-1888	d.33	Da 19 anni gastralgie a intervalli. Da 4 anni vomito, deperimento.
460	11	Czerny	Bruns' Beitr. Bd. 9, p. 691.	13-VII-1888	d.42	Dalla fanciullezza disturbi gastrici. Cachessia. Dolori.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Resezione dell'ulcera e del pancreas aderente; chiusura dello stomaco e del duodeno; G. E. antecolica.	Massa dura al piloro, con aderenze al fegato ed al pancreas.	Guarigione	

Plastica.

Esportazione e piloroplast.	Ulcera in via di cicatrizzazione formante un tumore pilorico mobile.	Morte dopo 12 giorni. Broncopolmonite e peritonite locale.
Escisione e piloroplastica.	Ulcera callosa della piccola curvatura, leggermente aderente al fegato; ulcera stenotomizzante del piloro.	Vomiti di sangue. Morte dopo 2 giorni per gangrena della parete anteriore del ventricolo.
Resezione del tumore (antica ulcera) e piloroplastica.	Restringimento cicatriziale al piloro; tumore grosso come una noce nella piccola curvatura.	Guarigione
Resezione parziale e gastropiloplastica.	Piloro ristretto da una cicatrice estesa alla grande curvatura.	»

senza bottone.

v. Hacker.	Inginocchiamento del piloro per aderenze col fegato.	Guarigione	Dopo 1 anno, bene.
Wölfler.		»	Dopo 2 anni, bene.
Wölfler.	Cicatrice al piloro.	»	Dopo 1 anno, quanto allo stomaco bene; morte per tubercolosi polmonare.
Wölfler.	Stenosi del piloro; aderenze col fegato, duodeno, pancreas.	»	
v. Hacker.	Tumore duro, grosso come un'avellana, al piloro.	Morte al 16° giorno (collasso).	
Wölfler.	Ulcera della parete pilorica anteriore, aderente al fegato e pancreas.	Guarigione	Fine 1894, bene.
Wölfler.	Stenosi cicatriziale.	Morte 10 giorni dopo (vomito in frenabile).	
Wölfler.	Il piloro è sede di un tumore grosso come un uovo di gallina solidamente fisso in corrispondenza della porta hepatis.	Guarigione	Fistola intestinale. Tentativo di sutura. Morto il 13-IX-1887.
Wölfler.	Stenosi.	Morte dopo 4 giorni.	
Wölfler.	Tumore stenotomizzante il piloro, e aderenze.	Guarigione	Dopo 20 mesi, bene.
v. Hacker.	Piloro ristretto, ispessito.	Morte 4 giorni dopo (polmonite).	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
461	12	Novaro	Contr. alla chir. dello stom., Siena 1890.	1-VII-1888	d. 47	Da circa 20 anni disturbi gastrici: dolori, nausea, vomito ecc. Ematemesi. Da 7 mesi, vomiti e dolori insisten- tissimi.
462	13	Matlakowsky	St. Petersburg. med. Wochenschr. 1890.	20-XII-1888	u. 19	
463	14	Lauenstein	Deutsche med. Wochenschr. Bd. 15, p. 428.	IX-1888	u. 33	
464	15	Id.	Münch. med. Woch. 36, n. 17.	1888	?	
465	16	Sick	Deutsche med. Wochenschr. Bd. 16, n. 19, p. 411.	20-VIII-1889	d. 59	
466	17	Weir	Med. news 1889, Dec.	5-XII-1889	d. 49	
467	18	Billroth	Wiener klin. Wochenschrift 1891, n. 34.	24-XII-1889	u. 27	
468	19	Czerny	Bruns' Beitr. Bd. 9, p. 700.	17-XI-1890	u. 49	Da 20 anni disturbi gastrici. Dilatazione.
469	20	v. Hacker	Wiener klin. Woch. 1895, n. 33, c. 1.	22-III-1890	u. 33	Da 3 anni; dolori, vomiti. Si palpa un cordone duro e dolente.
470	21	Billroth	Wiener klin. Woch. 1892.	17-VI-1890	u. 54	
471	22	Lauenstein	Deutsche med. Wochenschr. 1891, n. 34, p. 1007.	25-XI-1890	u. 37	
472	23	Czerny	Bruns' Beitr. Bd. 9, p. 703.	24-XI-1891	u. 49	Da 14 anni disturbi gastrici, da 3 anni stenosi. Emorragie. Ectasia.
473	24	Küster	Misgeld, Diss. Marburg 1895.	6-VII-1891	u. 54	Da 25 anni disturbi gastrici, 8 mesi fa ematemesi. Dimagrimento.
474	25	Guinard	Trognon, Thèse de Paris 1893.	28-I-1892	u. 32	Da 8 anni. Ematemesi. Dilatazione, debolezza grave.
475	26	v. Hacker	Loc. cit. c. 2.	17-V-1892	d. 41	Da nove mesi eruttazioni, vomiti, dolori; si palpa un tumore: coleditiassi.
476	27	Doyen	Traité chir. d. aff. de l'estomac 1895, c. 3.	10-VI-1892	d. 29	Dolori, vomiti.
477	28	Id.	Id. c. 11.	30-VII-1892	d. 23	Gastralgia, vomiti da 6 anni. Ematemesi. Melena. Dimagrimento estremo.
478	29	Id.	Id. p. 436, c. 13.	9-X-1892	d. 35	Già fatta la piloroplastica il 9-V-1892; recidiva.
479	30	Carle	V. nostra casistica, c. 4.	1-IX-1892	d. 23	Da 2 anni; inappetenza; eruttazioni acide; gastralgie; vomito, deperimento. Ematemesi. Ipercloridria.
480	31	Perman	Hygiea 1893.	1892	d. 18	
481	32	v. Hacker	Wien. klin. Wochenschr. 1895, n. 33, c. 3.	12-I-1893	d. 42	A 20 anni catarro gastrico. Da 18 anni eruttazioni. Vomiti. Dimagrimento.
482	33	Mikulicz	Mitteil. a. d. Grenz. 1897, c. 12.	27-IV-1893	u. 33	Da tre anni senso di peso, eruttazioni acide, vomiti. Ematemesi. Dimagrimento.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler.	Aderenze fitte fra piloro e fe- gato; placca dura al piloro.		Recidiva dopo poco più di 1 anno. Diar- rea ecc. Morte il 29-I-1890. Stenosi pi- lorica; larga ulcera; cancro all' inizio; anse innestate a ro- vescio del movi- mento peristaltico.
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	Guarigione	
Wölfler.	Stenosi cicatriziale.	*	Dopo 4 mesi, bene.
Wölfler.		*	
G. E.	Stenosi cicatriziale.	Guarigione	Dopo 3 mesi, bene.
G. E.	Stenosi cicatriziale. Stenosi al piloro.	* Morte al 5° giorno.	Dopo 13 mesi, bene.
v. Hacker.	Piloro completamente fissato sotto il fegato.	Guarigione	3-IX-1897: sta bene, aumentato 43 libbre in peso. Non dilata- zione, non HCl li- bero. I-1901: continua a star bene.
v. Hacker.	Il tumore circonda il piloro e aderisce al pancreas.	*	Dopo 4 anni, bene; mori poi improvvi- samente.
v. Hacker.	Stenosi al piloro.	*	
Wölfler.	Stenosi cicatriziale.	Morte 1°8-I-1891; su- turata all'estomaco la parte inferiore del di- giuno a 25 cm. dalla valvola ileo-cecale.	
v. Hacker.	Ulcera della parete posteriore sopra il piloro, aderente al pancreas. Retrazione della grande curvatura.	*	I-1901: sta bene.
Wölfler.	Stenosi cicatriziale al piloro.	Morte dopo 3 giorni.	
Wölfler.	Stenosi del piloro.	Guarigione	
v. Hacker e colecistostomia.	Tumore calloso al piloro, ade- rente al fegato.	*	Dopo 3 anni, bene.
v. Hacker.	Stenosi del piloro, assai note- vole.	Morte 3 giorni dopo.	
Doyen.	Stenosi del piloro, aderenze.	Guarigione	
Doyen.	Aderenze, stenosi,	*	
Wölfler.	Cicatrice sulla parete ante- riore, vicino al piloro, che è tutto indurito.	*	Vomiti cessati al terzo mese. Dopo 4 anni e mezzo, bene.
Wölfler.		*	
v. Hacker.	Piloro molto ristretto con ci- catrice raggiata.	Morte dopo 13 gior- ni (marasma, pol- monite).	
v. Hacker.	Infiltrazione diffusa della re- gione pilorica. Aderenze al fegato, pancreas, colon.	Scarso vomito Guarigione	Vomito infrenabi- le; diarrea. 3-X-1896 morte.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
483	34	Albert	Wien. med. Wochenschr. 1893.	IV-1893	u.53	
484	35	v. Hacker	Wiener klin. Wochenschr. 1895, n. 33, c. 4.	19-IV-1893	n.49	Da 1 anno disturbi gastrici. Dolori, vomiti, melena.
485	36	Ewald	Peham, Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 48, c. 7.	14-VI-1893	d.49	5 anni fa dolori nella regione gastrica. 8 mesi fa vomiti. Dolori, dimagrimento.
486	37	Kappeler	Id. Bd. 49, c. 1.	21-VIII-1893	u.60	Da 4 anni inappetenza; dolori, vomiti. Enorme dimagrimento. Melena.
487	38	Lauenstein	Deutsche med. Wochenschr. 1895, n. 36, p. 582.	25-VIII-1893	d.34	
488	39	Czerny	Mündler, Bruns' Beitr. Bd. 14, c. 11.	11-X-1893	d.50	Dilatazione.
489	40	Id.	Id. p. 321.	30-XI-1893		Da 7 anni disturbi gastrici. Da 2 anni vomiti, gastralgie, ematemesi.
490	41	Id.	Id. c. 9.	27-II-1894	u.43	Da 6 anni dolori, molti vomiti. Lavature. Il 7-II-1893 piloroplastica; dopo, solo leggero miglioramento.
491	42	Schnitzler	Peham, Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 48, c. 11.	3-III-1894	u.54	Da molti anni senso d'oppressione dopo i pasti; dolore, vomito. Dimagrimento; aumentano i dolori.
492	43	Rehn	Dreydorff, Bruns' Beitr. Bd. 11.	14-III-1894	d.51	
493	44	Codivilla	Boll. sc. med. Bologna 1899, c. 5.	21-III-1894	d.63	Da 17 anni dolori, nausea, vomiti; poi ematemesi.
494	45	Czerny	Bruns' Beitr. Bd. 14, p. 339.	25-VI-1894	d.51	
495	46	Id.	Id. p. 330.	28-VI-1894	d.46	Da molti anni disturbi gastrici; dimagrimento. Forti emorragie. Forte ectasia ed insufficienza.
496	47	Id.	Id. c. 14.	16-VII-1894	d.35	
497	48	Schnitzler	Loc. cit. c. 16.	25-VIII-1894	u.47	Da 4 mesi, dolori, vomiti, ematemesi. Dimagrimento. Tumore palpabile.
498	49	v. Hacker	Wiener klin. Wochenschr. 1895, n. 34, c. 5.	23-XI-1894	u.60	Da trent'anni soffre di stomaco. 24 anni fa un'ematemesi, poi bene fino a 2 anni fa. Dolori, vomiti. Morfinismo.
499	50	Schnitzler	Loc. cit., c. 17.	11-XI-1894	u.37	Undici anni fa sintomi di ulcera, cinque anni fa recidivati. Da sei mesi di nuovo dolori.
500	51	Czerny	Loc. cit., c. 11.	2-XII-1894	d.40	Ectasia.
501	52	Kappeler	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 49, c. 2.	7-II-1895	u.50	Da tre anni dolori; recentemente vomiti, ematemesi.
502	53	Rydygier	Dtsche Zeitschr f. Chir. Bd. 58, p. 228.	24-IV-1895	u.36	
503	54	Schnitzler	Loc. cit., c. 25.	14-IV-1895	d.40	Da 8 anni dolori, vomiti. Gastrectasia enorme.
504	55	Mattoli	La gastro-enterostomia, 1903, oss. 1.	6-V-1895	u.45	Da 5 anni; dolori, vomiti, ematemesi.
505	56	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 40.	17-V-1895	d.40	Da 6 mesi ematemesi, dimagrimento. Tumore alla regione pilorica.
506	57	Hirsch	Berliner klin. Wochenschr. 1896, n. 45.	V-1895	d.49	
507	58	Codivilla	Boll. sc. med. Bologna 1899, c. 7.	14-VII-1895	d.40	Disturbi gastrici da molti anni; vomiti, dolori. Ematemesi.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.	Stenosi pilorica.	Guarigione	Dopo 6 mesi, bene.
v. Hacker.	Tumore, grosso come una mela, al piloro, aderente col pancreas.	*	Dopo 17 mesi, bene. Diarrea frequente.
v. Hacker.	Stenosi molto grave. Tumore come pugno di bimbo.	Morte dopo 5 giorni, per inanizione.	
v. Hacker.	Piloro stenotico. Ulcera della parete anteriore e posteriore del piloro aderente al pancreas.	Guarigione	Morte dopo 5 settimane per gangrena polmonare.
Wölfler.	Stenosi; aderenze al fegato.	*	Dopo 1 anno, bene.
v. Hacker.		*	Dopo il 1895, sintomi di stenosi.
v. Hacker.	Ulcera con perigastrite.	*	1-1901, sta bene.
v. Hacker.	Cicatrice.	*	Gennaio 1901: sta bene.
Wölfler.	Tumore grosso come un'avelana al piloro. Stenosi.	Morte dopo 24 ore in collasso.	
Wölfler.	Gastrectasia. Resistenza dura al piloro che si estende alla piccola curvatura.	Vomiti, morte dopo 5 giorni (Embolia polmonare).	
Wölfler.	Piloro aderente al colon trasverso, e trasformato in cordone ligneo lungo 6 cm.	Scariche alvine di alimenti non digeriti. Morte il 9-V; ansa innestata ad un metro dal cieco.	
v. Hacker.		Guarigione	Febbraio 1895, bene.
v. Hacker.	Ulcera stenosante.	Guarigione	Gennaio 1901: bene. Negli ultimi anni, tendenza a diarrea.
v. Hacker, colecistostomia; 30-X-94; gastrolisi.		Guarigione	30-I-95: sta bene.
Brenner.	Cicatrici al piloro; aderenze.	*	3-III-98, bene.
v. Hacker.	Cordone stenosante, lungo il piloro.	*	Dopo 6 mesi, bene.
Brenner.	Tumore infiltrante il piloro e la piccola curvatura.	Morte dopo 48 ore (inanizione).	
v. Hacker.		Guarigione	8-II-1895, sta bene.
v. Hacker.	Piloro di resistenza cartilaginea, aderente al pancreas.	Morte dopo 24 ore in collasso. (Ulcera pilorica molto estesa).	
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale al piloro.	Morte dopo 2 giorni in collasso.	
Wölfler.	Tumore grosso come un piccolo pugno, ostruente, aderente al fegato.	Morte dopo 48 ore in collasso.	
Wölfler.	Piloro duro, ingrossato, aderente al fegato.	Guarigione	
Wölfler.	Al piloro tumore bernoccolato, duro.	*	Dopo 5 anni bene. aumento 31 Kg.
Kocher.	Stenosi cicatriziale.	Polmonite. Guarigione	Dopo 11 mesi, bene.
v. Hacker.	Stenosi pilorica cicatriziale.	*	Durante 3 mesi qualche dolore; poi bene, anche dopo 4 anni.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
508	59	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 21.	1-VII-1895	u.33	Da 8 anni inappetenza, vomiti; una volta ematemesi.
509	60	Czerny	Steudel, Bruns' Beitr. Bd. 23, p. 359.	16-IX-1895	u.57	Da 7 anni disturbi gastrici. Dolori, vomiti, dilatazione; ematemesi.
510	61	Mikulicz	Loc. cit., c. 27.	30-XI-1895	d.41	Da tre anni, dolori, vomiti; ematemesi.
511	62	Lauenstein	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 44.	23-XI-1895	u.35	
512	63	Schnitzler	Peham, Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 48, c. 32.	13-XII-1895	d.45	Un anno fa dolori, vomiti. Da 3 mesi gastralgie e vomiti sempre più frequenti. Dimagrimento.
513	* 64	Lesin	Wratsch. 1895, n. 35.	1895	u.30	
514	65	Giordano	Riv. ven. sc. mediche 1900, p. 239.	27-I-1896	u.51	Da 18 mesi dolori all'epigastrio; da 4-5 mesi rutti acidi. Vomito quotidiano. Denutrizione.
515	66	Lauenstein	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 44.	11-II-1896	d.34	
516	67	v. Eiselsberg	v. Langenbeck's Arch. Bd. 54, p. 578.	4-V-1896	u.40	Da 4 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti; dimagrimento.
517	68	Körte	Id. Bd. 63, c. 4.	18-V-1896	u.36	Da 4 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti, insufficienza motrice, forte dilatazione.
518	69	v. Eiselsberg	Id. Bd. 54, p. 578.	4-VII-1896	d.57	Da 40 anni disturbi gastrici; ebbe ematemesi. Dimagrimento, vomito. Palpabile un piccolo tumore.
519	70	Körte	Id. Bd. 63, c. 5.	1-VII-1896	d.59	Da 39 anni dolori, vomiti. Due mesi prima ematemesi. Gastroptosi. Gastrectasia.
520	71	Bramann	Sachtleben, Diss. Halle 1901, c. 19.	10-VII-1896	u.43	Da 10 anni.
521	72	Körte	v. Langenbeck's Arch. Bd. 63, c. 3.	13-IX-1896	d.29	Da 9 anni disturbi gastrici. Vomito. Talora ematemesi.
522	73	Tricomi	Policlin. 1900, c. 39.	5-X-1896	d.22	Da 4 anni gastralgia, vomiti, ematemesi.
523	74	Ewald	Peham, D. Zeitse. f. Chir. Bd. 48, c. 48.	25-XI-1896	d.65	Da 1 anno dolori, da più settimane vomito. Dilatazione. Dimagrimento.
524	75	Giordano	Riv. ven. sc. med. 1900, p. 236.	1-1897	d.54	Da 5 mesi dolori, da due mesi vomiti; dimagrimento.
525	76	Kundrat	Peham, Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 48, c. 53.	28-II-1897	u.47	Da 5 mesi inappetenza. Dimagrimento. Dolori, ematemesi.
526	77	Kappeler	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 49, c. 5.	30-III-1897	u.49	Da 5 anni dolori, vomiti.
527	78	Tricomi	Policlin. 1900, c. 40.	4-IV-1897	d.52	Per 7 anni sintomi di ulcera gastrica: gastralgia, vomito, ematemesi.
528	79	Bramann	Sachtleben, Diss. Halle 1901, c. 20.	13-V-1897	d.55	Da 6 anni.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.	Stenosi pilorica da ulcera; aderenze al fegato. Adesioni.	Circolo vizioso; dopo 8 giorni, E. A. Guarigione.	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Cicatrice ed indurimento al piloro.	Morte il 10-X (polmonite).	
v. Hacker.	Grande ulcera della parete posteriore. Piloro ispessito e ristretto.	Circolo vizioso; dopo 14 giorni, E. A. Guarigione.	Dopo 9 mesi, bene. Morte dopo 15 mesi per cancro del ventricolo.
Wölfler.	Piloro aderente al pancreas; cicatrice alla piccola curvatura.	»	Dopo 10 mesi, bene.
v. Hacker.	Cicatrice al piloro.	»	Dopo 2 anni, bene.
Postnikow.	Cicatrice al piloro.	Per 4 mesi vomito. Guarigione	
v. Hacker.	Piloro compresso da un tumore del volume di un uovo di tacchina, irregolare, aderente alla concavità epatica.	»	Dopo 2 anni morte per intossicazione intestinale.
Wölfler.	Cicatrice estesa nella parete pilorica posteriore; aderenze.	»	
v. Hacker.	Alquanto ascite; metà posteriore della piccola curvatura presa in un tumore, grosso quasi come il pugno, duro, che arriva al piloro.	»	Dopo 7 mesi, bene.
Wölfler.	Tumore duro ad anello nel piloro, nascosto da adesioni.	»	Dopo 4 anni, bene.
Wölfler.	Piloro preso in una massa liscia, dura, poco mobile indietro, estendentesi alla piccola curvatura.	»	Dopo 8 mesi, bene.
Wölfler.	Numerose aderenze, specialmente al piloro.	»	Dopo 3 anni, bene
Brenner.	Piloro molto duro, adesioni al fegato.	»	Dopo 5 anni, bene.
Wölfler.	Cicatrice alla piccola curvatura e piloro ristretto.	»	Dopo 33 giorni E. A. per vomiti. Lavature dopo 4 anni.
Wölfler su sostegno di patata.	Stenosi cicatriziale al piloro, peripilorite. Gastrectasia.	»	
v. Hacker.	Cicatrice circolare al piloro.	»	Dopo 9 mesi, bene.
v. Hacker.	Piloro fissato da un tumore duro, irregolare, che vien giudicato neoplastico.	»	Dopo 3 anni, bene. Disturbi passeggeri regolati da dieta.
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale grave.	Morte dopo 48 ore (Bronco polmonite. Incipiente cancro).	
Kappeler.	Tumore duro, grosso come un uovo di Colombo, aderente al pancreas.	Morte dopo 9 giorni. Emorragia - collasso (Ulcera del piloro; fondo dato dal pancreas, due vasi aperti). Guarigione	
Wölfler su sostegno di patata.	Anello cicatriziale al piloro. Dilatazione.	»	
v. Hacker.	Aderenze perigastriche e periepatiche; piloro molto stretto.	»	Dopo 4 anni, bene.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
529	80	Garré	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 422, c. 13.	16-VIII-1897	d.24	Da 9 anni disturbi gastrici, vomito, dimagrimento. Dilatazione.
530	81	Durante	Mattoli, La gastro-enterostomia, 1902, p. 286.	14-XII-1897		Già operato il 16-V-1897 di piloroplastica; dopo 3 mesi recidiva.
531	82	Codivilla	Boll. sc. med. Bologna, 1899, c. 13.	13-X-1897	d.28	Da un anno vomiti, dolori; dimagrimento.
532	83	Tricomi	Policlin. 1900, c. 41.	27-XI-1897	d.29	Due anni fa gastralgia, vomito, ematemesi. Da 6 mesi vomito.
533	84	Id.	Id. c. 42.	7-XII-1897	d.50	Tre anni fa gastralgie, vomito: recidive.
534	85	Kocher	Kaiser, Deut. Zeit. f. Chir. Bd. 61, c. 1.	13-I-1898		8 anni fa ematemesi. Tre anni dopo vomiti. Ectasia.
535	86	Tricomi	Policlinico 1900, c. 43.	27-I-1898	d.28	Da tre anni, gastralgia, vomiti. Dimagrimento.
536	87	Hartmann	Travaux de Chir. anat. - clin. 1903, c. 17.	21-II-1898	u.45	Da 18 anni dispepsia. 15 anni fa, ematemesi; poi dolori, vomiti ad intervalli. Recrudescenza negli ultimi mesi. Dilatazione.
537	88	Körte	v. Langenbeck's Archiv Bd. 63, c. 11.	23-II-1898	d.29	Da 11 anni disturbi gastrici. Vomiti. Dilatazione. Tumore sotto l'arco costale destro.
538	89	Kocher	Loc. cit., c. 2.	12-III-1898	u.58	Da 18 anni disturbi gastrici, Dilatazione, ristagno.
539	90	Körte	Loc. cit., c. 19.	10-IV-1898	u.39	Da 5 anni vomiti, dolori; dilatazione.
540	91	Mayo Robson	Dis. of the stom. p. 119.	6-V-1898	u.31	Da 17 anni dispepsia; 6 mesi fa vomiti, poi nuovi attacchi. Cure mediche inutili. Dimagrimento.
541	92	Rydygier	Rencki, Mitt. a. d. Grenz. Bd. 8, c. 4.	27-V-1898	u.26	Da 1 anno dolori vivi, vomiti. Gastrectasia.
542	93	Körte	Loc. cit., c. 9.	3-VI-1898	u.34	Da 4 anni disturbi; dolori, vomiti.
543	94	Bramann	Sachtleben, Diss. Halle 1901, c. 23.	14-VI-1898	u.42	Da 7 anni.
544	95	Rydygier	Loc. cit., c. 5.	28-V-1898	d.27	Da 10 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti, ematemesi. Dimagrimento. Gastrectasia.
545	96	Garré	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 423, c. 14.	8-VII-1898	u.66	Da giovane, ulcera gastrica: da 2 anni oppressione nella regione gastrica. Da 1 mese vomiti insistenti.
546	97	Bramann	Loc. cit., c. 24.	11-VIII-1898	u.37	Da 6 mesi.
547	98	Tietze	Kausch, Mitt. a. d. Grenzgeb. Bd. 4, c. 38.	2-IX-1898	u.30	Da 6 mesi; dolori, vomiti.
548	99	Mikulicz	Chlumsky, Bruns' Beitr. Bd. 27, p. 49.	2-IX-1898	u.30	Da 12 anni dolori, vomiti.
549	100	Nicolaysen	Nord. med. Ark. 1900, c. 18.	16-IX-1898	d.32	Da 18 anni dispepsia, vomiti, dolori.
550	101	Kocher	Loc. cit., c. 3.	18-X-1898	d.51	Da 18 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti, dilatazione.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler.	Forte restringimento pilorico con adesioni al fegato ed alla cistifellea.	Dopo 3 g. segni di periton. E. A. (forte meteorismo dell'ansa afferente e del duodeno). Guarigione.	
Wölfler.		Guarigione	
Roux.	Piloro duro aderente al fegato.	»	Dopo 10 mesi, bene.
Wölfler con sostegno di patata.	Cicatrice nella piccola curvatura vicino al piloro e peripilorite.	»	
Wölfler con sostegno di patata.	Stenosi cicatriziale anulare, gastrectasia. Gastroptosi.	»	
v. Hacker.	Piloro ristretto da cicatrice.	»	Dopo 18 mesi, bene.
Wölfler con sostegno di patata.	Stenosi anulare cicatriziale; peripilorite. Gastrectasia.	Morte dopo sette giorni. Differite.	
v. Hacker.	Vicino alla piccola curvatura, un po' a sinistra del piloro, aderenze intime fra stomaco e fegato.	Guarigione	Dopo 4 anni e mezzo, bene.
v. Hacker.	Tumore infiammatorio del piloro, aderente specialmente col pancreas.	Broncopneumonia, pleurite. Guarigione.	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Cicatrice della piccola curvatura estendenti al piloro.	Guarigione	Dopo 5 mesi, bene.
v. Hacker.	Piloro molto ristretto, ispessito. Aderenze posteriori.	»	
Wölfler con bobina Robson.	Grosso tumore irregolare al piloro e lungo la piccola curvatura.	»	Dopo 2 anni, bene.
Wölfler.	Cicatrice al piloro che è stenotomata.	»	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Ispessimento duro, grosso come un uovo, al piloro, aderente col pancreas.	»	Dopo 18 mesi, bene.
Wölfler.	Cicatrice al piloro.	Vomiti, ripetuti. Guarigione	Dopo tre anni e mezzo, bene.
Wölfler.	Ispessimento cicatriziale al piloro.	»	Dopo 21 mesi, bene.
Wölfler.	Piloro quasi completamente impermeabile, cicatriziale.	Circolo vizioso; 18-VII-1898 E. A. e chiusura dell'ansa afferente.	Dopo 5 anni, bene.
Brenner.	Cicatrice stenotomata il piloro ad anello.	Guarigione	
Wölfler.	Stenosi cicatriziale.	Bronchite	Dopo 3 anni, bene.
		Guarigione	
		»	I-1899 ulc. nella G. E.; perforazione, perigastrite, sutura. E. A. In seguito più volte rioperato (anche digiunostomia); nessun vantaggio.
Wölfler.	Cicatrice al piloro.	»	Di nuovo dolori. 24-I-1899 E. A. e plastica del punto d'anastom. Il 7-VII-1899 recidiva: gastrolisi e anastomosi ad Y.
v. Hacker.	Piloro ipertrofico, stenosi cicatriziale da ulcera.	Guarigione	Morte il 2-II-1899 per anemia perniciosa.
v. Hacker.	Cicatrice al piloro con un nodo duro.	Ematemesi il 12° g. Guarigione.	

Num. prog. generate	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
551	102	Rydygier	Rencki, Mitt. a. d. Grenz. Bd. 8, c. 7.	21-X-1898	u.29	Da 5 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti insistenti.
552	103	Id.	Id. c. 6.	17-XII-1898	u.32	Da un anno eruttazioni, dolori, vomiti; 2 volte ematemesi. Dilatazione.
553	104	Kappeler	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 49, c. 6.	21-III-1898	u.42	Da 11 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti, ematemesi. Le cure mediche fecero cessare i vomiti, non i dolori.
554	105	Carle	v. nostra casistica, c. 27.	29-X-1898	d.35	Già operata il 23-IV-1898; circolo vizioso.
555	106	Körte	v. Langenb. Arch. Bd. 63, c. 8.	14-XI-1898	u.48	Da 6 anni. Vomiti, ematemesi. Gastrectasia. Insufficienza. Stenosi.
556	107	Kocher	Kaiser, Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 61, c. 5.	22-XI-1898	u.59	Da 16 anni dolori. Dilatazione. Dimagrimento.
557	108	Bramann	Sachtieblen. Diss. Halle 1901, c. 25.	24-XI-1898	d.35	Da 4 anni.
558	109	Kocher	Loc. cit., c. 9.	12-XII-1898	u.35	Da 1 anno dolori dopo il pasto. Vomito. Dimagrimento.
559	110	Id.	Id. c. 13.	19-XII-1898	u.58	Da 2 anni dolori, vomito. Dimagrimento.
560	111	Id.	Id. c. 7.	22-XII-1898	u.54	Copiosi vomiti, dolori, dimagrimento.
561	112	Rydygier	Loc. cit., c. 9.	19-XII-1898	u.33	Da 1 anno disturbi gastrici. Dolori, vomiti. Ematemesi. Gastrectasia.
562	113	Goullioud	Lyon méd. 1898, n.50.	1898	d.33	
563	114	Schulz	Münch. med. Wochenschr. 1898, p. 1398.	1898	u.50	Enorme gastrectasia, stenosi grave.
564	115	Kocher	Loc. cit., c. 11.	12-I-1899	u.35	Da 5 anni disturbi gastrici. Eruttazioni. Senso di peso.
565	116	Rydygier	Rencki, Mitt. a. d. Grenz. Bd. 8, c. 1.	27-I-1899	u.27	Da 7 anni disturbi gastrici. Emorragie.
566	117	Id.	Id. c. 3.	1-II-1899	u.27	Da tre anni ematemesi, dolori, vomiti.
567	118	Id.	Deut. Zeit. f. Chir. Bd. 58, IV, c. 14.	8-II-1899	u.44	
568	119	Bramann	Loc. cit., c. 26.	13-III-1899	u.25	Da 3 anni.
569	120	Brenner	v. Langenbeck's Arch. Bd. 69, c. 28.	14-III-1899	d.51	Dieci anni fa ulc. gastrica. Da 2 anni dolori sempre crescenti, vomito. Miglioramento colle lavature.
570	121	Körte	v. Langenbeck's Arch. Bd. 63, c. 20.	20-IV-1899	u.45	Da 11 anni, Dolori. Ematemesi sei settimane prima. Vomiti.
571	122	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1903, c. 15.	21-IV-1899	u.40	Crisi di dolori e vomiti a periodi.
572	123	Kocher	Loc. cit., c. 14.	2-V-1899	d.57	Da 6 mesi inappetenza, dolori, vomiti. Anemia.
573	124	Giordano	Riv. ven. sc. med. 1900, p. 247.	8-V-1899	d.46	A 20 anni disturbi gastrici, vomiti. Da 6 mesi vomiti; cure interne inefficaci.
574	125	Hartmann	Loc. cit., c. 16.	10-V-1899	u.52	Tre anni fa dolori, poi vomiti. Nel Gennaio 1898 ematemesi. Stomaco dilatato.
575	126	Kocher	Loc. cit., c. 4.	16-V-1899	u.40	Da 11 mesi disturbi gastrici. Iperacidità. Dilatazione; ristagno.
576	127	Rydygier	Rencki, Loc. cit., c. 2.	8-VII-1899	u.38	Da 2 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti, emorragie. Ectasia.
577	128	Kocher	Loc. cit. c. 10.	10-VII-1899	u.30	Dolori da due anni; vomiti, dimagrimento.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler.	Cicatrice al piloro, molto ristretto.	Guarigione	Dopo 21 mesi, bene.
Wölfler.	Cicatrice estesa.	»	Dopo 18 mesi, bene.
Kappeler.	Forti aderenze fra piloro, fegato, pancreas.	»	Da allora, bene.
Roux.	Ansa afferente troppo lunga.	»	Dopo 5 anni e mezzo, bene.
v. Hacker.	Al piloro tumore grosso come un uovo di gallina, aderente al pancreas ed al fegato.	»	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Cicatrice al piloro.	Ematemesi la prima notte.	Dopo 10 mesi, bene.
Brenner.	Ispessimento ad anello, stenosante il piloro.	Guarigione	Ritornano presto i dolori. Morte dopo 15 mesi.
Roux.	Cicatrice al piloro, molto ristretto.	Polmonite	Dopo 8 mesi, bene.
Roux.	Cicatrice al piloro con aderenze.	Guarigione	Dopo 1 mese, bene.
Wölfler.	Cicatrice circolare al piloro.	Polmonite	Dopo 8 mesi, bene.
v. Hacker.		Guarigione	
Roux.		Polmonite	Dopo 20 mesi, notevole miglioramento.
v. Hacker.	Al disotto del punto ristretto, esisteva un'anastomosi naturale con un'ansa del tenue aderente.	Guarigione	1 mese dopo, bene.
Wölfler.	Cicatrice al piloro; aderenze omentali.	»	Dopo 7 mesi e mezzo, bene.
Wölfler.	Cicatrice al piloro.	»	Dopo 20 mesi, bene.
Wölfler.	Cicatrice al piloro ed alla parete anteriore.	Polmonite	Dopo 16 mesi, bene.
Wölfler.	Stenosi cicatriziale.	Guarigione	
v. Hacker.	Stenosi pilorica; numerose aderenze.	Morte 5 giorni dopo (gangrena polmon.).	Morte dopo poco tempo.
v. Hacker.	Adesioni fra fegato e parete anteriore del ventricolo; cicatrici al piloro e duodeno.	»	Nell'aprile 1902, ematemesi, melena. Gastrectasia.
v. Hacker.	Al piloro, tumore come uovo di gallina aderente al pancreas.	Morte dopo 2 giorni (polmonite).	
v. Hacker.	Cicatrice sulla sierosa.		
v. Hacker.	Cicatrice depressa al piloro.	Guarigione	Dopo 1 anno dolori che esigono regime speciale.
Wölfler.	Piloro duro e stretto. Ptosi.	»	Dopo 3 mesi, cachettica e anemica.
v. Hacker.	Stenosi anulare fibrosa.	»	Dopo 4 mesi, colite che fu guarita colla ileo-sigmoidostomia.
v. Hacker.	Piloro ispessito e indurito; epiploon aderente ad un indurimento fibroso posto a 6 centimetri a sinistra del piloro.	Morte il 4° giorno (Broncopolmonite. Due ulc. una al piloro, l'altra sulla faccia anteriore).	
Wölfler.	Stenosi cicatriziale ad anello.	Guarigione	Dopo 3 mesi, bene.
Wölfler.	Cicatrice al piloro e perigastrite.	»	Notevole miglioramento.
Wölfler.	Stenosi al piloro; aderenze.	»	Dopo un mese e mezzo, bene.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
578	129	Rydygier	D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 58, c. 17.	14-VII-1899	u.43	
579	130	Id.	Id. c. 15.	28-VI-1899	u.40	
580	131	Brenner	v. Langenbeck's Arch. Bd. 69, c. 29.	25-VII-1899	u.60	Da 12 anni, inappetenza. Stipsi. Da diversi anni svuota il ventricolo provocandosi il vomito.
581	132	Küster	Riehn, Diss. Marburg 1902, c. 6.	11-VIII-1899	u.41	Da 16 anni disturbi gastrici; dilatazione.
582	133	Brenner	v. Langenbeck's Arch. Bd. 69, c. 19.	13-IX-1899	d.60	All'età di 17 anni ematemesi; poi eruttazioni, gastralgie, vomito. Da 2 anni continue iniezioni di morfina. Dimagrimento forte.
583	134	Id.	Id. c. 30.	13-IX-1899	u.47	7 anni fa ematemesi. Da due anni dolori, vomiti. Dimagrimento. Ectasia.
584	135	Id.	Id. c. 31.	13-IX-1899	u.40	Da un anno bruciori, senso di pienezza; da 6 mesi vomito che da 7 settimane è giornaliero. Ematemesi. Da due anni dolori. Eruttazioni, vomiti.
585	136	Rydygier	Rencki, Mitt. a. d. Grenzgeb. Bd. 8, c. 10.	16-X-1899	u.27	
586	137	Giordano	Riv. ven. sc. med. 1900, p. 246.	11-XI-1899	d.30	Da anni dispepsia; gastralgie; talora vomiti.
587	138	Id.	Id. p. 251.	13-XI-1899	d.55	Da un anno pirosi, eruttazioni acide. Dimagrimento.
588	139	Rydygier	Loc. cit., c. 11.	14-XI-1899	u.37	Da 1 anno. Eruttazioni, vomiti, dolori violenti. Ptosi; dilatazione.
589	140	Demoulin	Bull. et mém. soc. de chir. de Paris 1899.	1-XII-1899	u.32	Da 2 anni dispepsia. Da 1 anno tumore all'epigastrio. Dolori.
590	141	Rydygier	Loc. cit., c. 8.	1-XII-1899	u.?	Da 6 anni dolori; dimagrimento.
591	142	Id.	Id. c. 13.	6-XII-1899	u.27	Da 5 anni dolori, vomiti; gastrectasia.
592	143	Lee	Andrews and Eissendrach, Ann. of surgery 1899.	1899	u.36	Già operato da Andrews di legatura in massa per ulcera sanguinante (v. num. 386).
593	144	Rydygier	D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 58, IV, c. 22.	18-I-1900	u.32	
594	145	Id.	Rencki, Mitt. a. d. Grenzgeb. Bd. 8, c. 12.	14-I-1900	u.36	Da tre anni dolori, eruttazioni; vomiti. dimagrimento.
595	146	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1903, c. 25.	26-II-1900	d.21	Da 7 anni disturbi gastrici; vomiti, dolori; diverse cure mediche inutili.
596	147	Rydygier	D. Zeitschr. ecc., c.6.	10-II-1900	u.40	
597	148	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 18.	5-III-1900	u.52	Operato di piloroplastica il 14-II-99. Erano recidivati tutti i vecchi sintomi.
598	149	Küster	Loc. cit., c. 8.	5-III-1900	u.38	Da 5 anni; emorragie; ectasia.
599	150	Brenner	v. Langenbeck's Arch. Bd. 69, c. 20.	29-III-1900	u.19	Da tre anni dolori, bruciori, eruttazioni. Da tre mesi vomito, dolori più vivi.
600	151	Körte	v. Langenbeck's Arch. Bd. 63, c. 15.	23-IV-1900	d.23	Da 1 anno disturbi gastrici; dolori, vomiti; diminuita motilità.
601	152	Hartmann	Loc. cit., c. 28.	2-V-1900	u.35	Da 15 anni dolori, con alternative di benessere; vomiti. Dimagrimento.
602	153	Garré	Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 424, c. 18.	27-IV-1900	d.29	Da pochi mesi dolori, vomiti; il 9-IV fatti peritonitici.
603	154	Körte	Loc. cit., c. 16.	5-V-1900	d.60	Da 8 anni dolori, vomiti; dimagrimento (carcinoma?).

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler.	Stenosi da ulcera.	Bronchite	
Wölfler.	Stenosi da ulcera.	Guarigione	
v. Hacker.	Cicatrice al piloro; adesioni.	Morte 24 ore dopo in collasso.	
Wölfler.	Stenosi pilorica. Aderenze.	Guarigione	3-VII-02 sta bene, eccetto dolori insi- gnificanti alla pres- sione del ventricolo. Morte dopo 3 mesi di tubercolosi pol- monare.
v. Hacker.	Tumore estendenti dal pi- loro al corpo dello stomaco.	*	Morte il 27-VI-02.
v. Hacker.	Stenosi pilorica cicatriziale; aderenze al fegato.	*	6-VII-02, bene.
v. Hacker.	Cicatrice al piloro.	*	17-VII-02, bene.
v. Hacker.	Ispessimento della sierosa al piloro. Aderenze.	*	Dopo 6 mesi, bene.
v. Hacker.	Cicatrice nella semicirconfe- renza postero-superiore del piloro.	*	
Appendicectomia.	Piloro ristretto da un anello duro, fibroso.	*	
v. Hacker.	Cicatrice al piloro con notevole restringimento.	*	Dopo 8 mesi, bene.
v. Hacker.	Tumore come un arancio in- torno al piloro ed adiacenze. Il piloro pare ristretto da ci- catrice stellata.	Ematemesi. Guarigione	Dopo 6 mesi, bene.
Wölfler.	Ispessimento cicatriziale del piloro.	*	Dopo 2 mesi, mi- glioramento.
v. Hacker.	Restringimento cicatriziale del piloro; aderenze col pancreas.	*	Dopo 7 mesi, bene.
v. Hacker.	Il piloro pare ristretto da ci- catrice.	Morte per perito- nite.	
v. Hacker.	Stenosi del piloro.	Guarigione	
v. Hacker.	Cicatrice al piloro; ulcera nella parte media, che produce forma a clessidra.	*	Dopo 2 mesi, bene.
v. Hacker.	Indurimento della regione pi- lorica, con cicatrici che la fis- sano profondamente.	*	
Wölfler.	Stenosi cicatriziale.	*	Dopo 1 anno, bene.
Wölfler - Roux.	Aderenze dello stomaco e del fegato colla parete anteriore. Piloro poco ristretto.	*	Dopo 18 mesi, bene.
Kappeler.	Stenosi del piloro; aderenze.	*	
v. Hacker.	Cicatrice raggiata al piloro con contorni callosi.	*	IX-1902, bene.
v. Hacker.	Stenosi al piloro; sierosa ivi ispessita.	*	Il 21-VI-00, per vo- miti, E. A.; poi bene.
v. Hacker.	Piloro scleroso con aderenze al fegato ed alla vescica biliare.	*	Dopo 3 anni, bene.
v. Hacker.	Piloro infiltrato a guisa di tu- more, con lume strettissimo.	*	Dopo 3 anni, bene.
v. Hacker.	Piloro ridotto ad un sottile cordone cicatriziale; aderenze posteriori.	*	

Nun. prog. generale	Nun. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Età Sesso	Durata della malattia Indicazioni
604	155	Brenner	v. Langenbeck's Arch. Bd. 69, c. 21.	28-V-1900	u.62	Da 2 mesi vomiti, dolori; ematemesi, melena; dimagrimento.
605	156	Bramann	Sachtleben, Diss. Halle 1901, c. 27.	30-V-1900	u.27	Da 2 anni.
606	157	Terrier	Revue de chir. 1902, c. 7.	18-VI-1900	d.58	Da anni dolori gastrici; vomiti.
607	158	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 11.	28-VII-1900	d.31	Da un mese vomiti e dolori. Nella re- gione pilorica si palpa un tumore.
608	159	Bramann	Loc. cit., c. 29.	3-IX-1900	u.52	Da 16 mesi.
609	160	Id.	Id. c. 30.	20-IX-1900	d.21	Da 3 anni.
610	161	Brenner	v. Langenbeck's Arch. Bd. 69, c. 23.	2-X-1900	d.40	Da nove anni gastralgie; vomiti dopo i pasti. Da un anno vomito giorna- liero. Melena. Dimagrimento.
611	162	Mayo Robson	Dis. of the stomach 1901, p. 119.	5-X-1900	d.32	Da anni disturbi gastrici; 8 e 4 anni fa ematemesi. Dolori, vomiti; enorme dilatazione.
612	163	Garré	Stieh, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 426, c. 22.	11-X-1900	u.56	Da 20 anni disturbi gastrici, 10 anni fa ematemesi; dolori, vomiti.
613	164	Körte	v. Langenbeck's Arch. Bd. 63, c. 26.	12-XI-1900	u.21	Da un mese dolori, vomiti. Dimagri- mento.
614	165	Id.	Id. c. 38.	3-XII-1900	d.51	Da ragazza, ulcera gastrica; 9 anni fa ematemesi. Un mese fa ematemesi. Collasso il giorno prima.
615	166	Mayo Robson	Loc. cit., p. 281, c. 14.	8-I-1901	d.38	Da 20 anni disturbi gastrici.
616	167	Küster	Riehn, Diss. Mar- burg 1902, c. 14.	19-II-1901	u.48	Da un anno melena; vomito etc.
617	168	Garré	Loc. cit., p. 426, c. 23.	13-III-1901	u.45	A 22 anni ematemesi; dolori; lavature per molto tempo.
618	169	Trendel	Bruns' Beitr. Bd. 39, c. 2.	24-V-1901	? 51	Da 14 anni disturbi gastrici. Lavature da 8 anni. Dilatazione.
619	170	Küster	Loc. cit., c. 15.	13-VI-1901	u.22	Atonia e dilatazione.
620	171	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1903, c. 35.	27-VI-1901	u.42	Dispepsia da 7 anni; ad intervalli, crisi dolorose: vomiti.
621	172	Id.	Id. c. 36.	6-VII-1901	u.45	Da due anni bruciori; poi vomiti, ga- stralgie ed ematemesi: stasi.
622	173	Id.	Id. c. 37.	19-VII-1901	u.36	Da 14 anni disturbi gastrici, esacerbati negli ultimi 3 anni. Gastralgie; stasi.
623	174	Garré	Loc. cit., p. 427, c. 25.	25-VII-1901	u.40	Da 20 anni disturbi gastrici; dilata- zione.
624	175	Carle	v. nostra casist. c. 73.	25-IX-1901	d.35	Da 4 anni inappetenza, vomiti, piro- si; deperimento.
625	176	Garré	Loc. cit., p. 428, c. 26.	10-X-1901	u.40	Da 19 anni disturbi gastrici con al- ternative; da 9 mesi vomiti insistenti e dolori; gastrectasia.
626	177	Id.	Id. p. 429, c. 27.	4-XI-1901	u.62	Da 5 anni dolori, vomiti. Gastrectasia.
627	178	Guldborg	Hospitalstid. 1902.	1901	d.43	Da 2 anni sintomi di stenosi pilorica. Tumoretto alla regione pilorica.
628	179	Garré	Loc. cit., p. 430, c. 29.	22-I-1902	u.38	Da circa 15 anni soggetto a dolori nella regione gastrica; talora vomito; ebbe ematemesi.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler.	Alla regione pilorica, infiltrazione callosa e affondamento crateriforme alla parete posteriore.	Guarigione	IX-1902, bene.
Brenner.	Stenosi pilorica; numerose aderenze nei dintorni del piloro.	»	Dopo 1 anno, bene.
v. Hacker.		»	
Wölfler.	Alla grande curvatura, tumore grosso, duro, includente il piloro, aderente al fegato.	Tre giorni dopo circolo vizioso.	Agosto 1902, bene.
Brenner.	Cicatr. dura avvolgente il pil. Stenosi cicatriziale del piloro. Stasi venosa della parte pilorica.	E. A. Guarigione	Dopo 9 mesi, bene.
v. Hacker.	Piloro ristretto; ispessimento della parete posteriore del piloro.	Leggiera suppurazione della ferita. Guarigione	Dopo 9 mesi, bene.
v. Hacker		»	XI-1902, bene.
con bobina Robson.		»	Dopo 5 mesi, bene.
Wölfler.	Aderenze fra parete anteriore e fegato; cardias e piloro avvicinati. Cicatrice al piloro.	»	Dopo due anni e mezzo, bene.
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale del piloro.	»	
v. Hacker.	Piloro ristretto; durezza alla parete posteriore.	»	
v. Hacker.	Ulc. al piloro e parete anteriore. Stenosi del piloro.	»	
Wölfler.	Stenosi.	»	
v. Hacker.	Al piloro cicatrice lunga 4 cm. nella superficie anteriore. Vecchia ulcera a margini prominenti.	»	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.		»	
Wölfler.	Cicatrice al piloro.	»	
v. Hacker.	A livello del piloro e sulla parete vicina dello stomaco, cicatrice corrispondente ad un ispessimento.	»	Dopo 1 anno, bene.
v. Hacker.	Cicatrice vicino al piloro.	»	Dopo 3 mesi, bene.
v. Hacker.	Indurimento del piloro che è spinto sotto il fegato.	»	Dopo 10 mesi, bene.
v. Hacker.	Cicatrice ad anello, fortemente stenotica.	»	
Roux.	Cicatrice stellata al piloro.	Svuotamento insufficiente; il 17-XI-1901 ampliamento del neopiloro. Guarig.	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Nella superficie anteriore cicatrice lappiata; piloro duro; aderenze.	Guarigione	Dopo 18 mesi, piccoli disturbi gastrici.
v. Hacker.	Piloro fortemente stenotico; estesa cicatrice nella parete anteriore dello stomaco. Aderenze intorno al piloro.	»	Dopo 18 mesi, bene.
v. Hacker.	Ulcus-tumor al piloro.	»	
v. Hacker.	Piloro compreso in un tumore grosso come una piccola mela; infiltrate le pareti anteriore e post. del ventricolo. Aderenze.	»	Dopo 1 anno, bene.

Num. prog. generate	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
629	180	Durante	Mattoli, Lagastro- enteros. 1903, p. 2-8.	30-I-1902	2.26	
630	181	Terrier	Revue de chir. 1902, c. 18.	22-I-1902	u.54	Da circa 6 anni disturbi gastrici ad intervalli; dimagrimento; vomiti.
631	182	Garré	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 430, c. 30.	12-II-1902	u.47	Da 20 anni disturbi gastrici, 1 anno fa vomiti abbondanti; m'gl oramenti passeggiare colla dieta.
632	183	Terrier	Loc. cit., c. 20.	13-II-1902	u.43	Da 10 anni dolori, vomiti; ebbe emate- mesi.
633	184	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1903, c. 47.	23-II-1902	u.46	Da 7 anni disturbi gastrici, dolori; stasi; alternative di miglioramento e di peggioramento.
634	185	Id.	Id. c. 42.	11-III-1902	u.45	Da 5 anni dolori; poi vomiti. Un anno fa melena. Stasi gastrica.
635	186	Bunge	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 432, c. 33.	24-IV-1902	u.43	Da 6 anni disturbi gastrici; dolori; ematesi.
636	187	Garré	Loc. cit., p. 436, c. 39.	12-V-1902	u.49	Da 1 anno melena, dolori.
637	188	Id.	Id. p. 433, c. 34.	23-V-1902	d.25	Da 11 anni vomiti frequenti. Da tre anni dolori. Da tre mesi, non ostante le cure mediche, continui dolori, vomiti anche con sangue.
638	189	Mitchell	Lancet 1903, v. 2, p. 590, c. 9.	11-VI-1902	u.50	Da 10 anni disturbi gastrici, dolori.
639	190	Durante	Mattoli, La gastro- enterostomia, 1903, p. 288.	11-1902	? 50	Dilatazione. Ipercloridria.
640	191	Mitchell	Loc. cit., p. 591, c. 10.	22-VII-1902	u.58	Da tempo disturbi gastrici; vomiti, tumore mobile nella regione pilorica, enorme dilatazione.
641	192	Garré	Loc. cit., p. 433, c. 35.	5-VII-1902	u.53	Da molti anni disturbi gastrici; lava- ture e cure di ulcera ripetute. Melena: da 8 mesi dolori, vomiti.
642	193	Brenner	v. Langenbeck's Ar- chiv. Bd. 69, c. 25.	28-X-1902	u.59	Due anni fa, vomito per 6 settimane; da sei mesi idem; dimagrimento. Nessun risultato con la cura Leube.
643	194	Id.	Id. c. 26.	28-X-1902	d.42	Dal 17° anno disturbi gastrici; dolori, poi vomiti; ebbe melena, ematesi. Dimagrimento notevole.
644	195	Garré	Loc. cit., p. 439, c. 44.	29-XI-1902	u.37	Da 15 anni dolori, poi vomiti. Un anno fa ematesi. melena; dimagrimento.
645	196	Hartmann	Trav. de chir. anat. clin. 1903, c. 52.	12-XI-1902	u.54	Da 2 mesi dolori e vomiti con un po' di sangue. Dilatazione. Stasi.
646	197	Id.	Id. c. 53.	26-XI-1902	u.45	Da 18 anni disturbi gastrici, dolori. Vomiti. Ematesi e melena Stasi. Dilatazione.
647	198	Id.	Id. c. 54.	21-I-1903	u.52	Da 10 anni disturbi gastrici. Gastralgie. Vomiti. Segni di stenosi pilorica.
648	199	Mansell	Lancet 1904, Vol. 1, p. 92, c. 1.	31-III-1903	d.27	Da 12 mesi dolori, 4 mesi fa emate- mesi.
649	200	Moullin	Id. c. 2.	IV-1903	d.28	Da 10 anni disturbi gastrici. Dolori, vomiti.
650	201	Id.	Id. c. 6.	V-1903	u.37	Da 12 mesi dolori, vomiti.
651	202	Id.	Id. c. 4.	VI-1903	u.44	Da lungo tempo disturbi gastrici; un anno fa ematesi.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.	Ispessimento cicatriziale del piloro, grosso come un uovo.	Guarigione	
v. Hacker.		"	
v. Hacker.	Al piloro un tumore calloso, grosso, specialmente in rapporto colla parete anteriore. Stenosi. Aderenze.	"	Dopo 1 anno, bene.
v. Hacker.	Cicatrice nella regione postero-inferiore del piloro.	"	
v. Hacker.	Piloro un po' indurito con cicatrici.	"	Dopo 6 mesi, bene.
v. Hacker.	Tutta la regione pilorica indurita, fusa col fegato.	"	
v. Hacker.	Cicatrice al piloro molto ristretto.	"	Dopo due mesi, morte per broncopolmonite e tubercolosi miliare.
v. Hacker.	5/6 della circonferenza del piloro compresi in un tumore grosso come una piccola mela.	"	
v. Hacker.	Piloro ispessito, alquanto ristretto. L'ulcera non si trova.	"	Dopo sei mesi, qualche dolore (isterismo).
v. Hacker.	Al piloro masse infiammatorie.	"	Dopo 6 mesi, bene.
v. Hacker.	Tessuto cicatriziale anulare allo sbocco pilorico-duodenale.	"	
Wölfler.	Tumore della grossezza di un arancio al piloro.	"	Dopo 3 mesi, bene; tumore scomparso.
v. Hacker.	Aderenze nella regione del piloro, dove trovasi un tumore cicatriziale della grossezza di una nocciuola.	"	
Wölfler.	Piloro duro, aderente al pancreas ed alla cistifellea.	Morte dopo 48 ore (inanizione?); ingiunocchiamento dell'ansa efferente.	
Wölfler.	Piloro d'aspetto cartilagineo, aderente al fegato ed al pancreas.	Morte dopo 24 ore (esaurimento).	
v. Hacker.	Aderenze; cicatrice stellata alla parete posteriore del piloro, non molto ristretto.	Guarigione	Dopo 5 mesi, bene.
v. Hacker.	Qualche aderenza; cicatrice vicino al piloro.	"	
v. Hacker.	Cicatrice al piloro.	"	
v. Hacker.	Ispessimento della regione pilorica e del piccolo epiploon vicino al piloro.	"	Dopo 2 mesi, bene.
v. Hacker.	Cicatrice da vecchia ulcera, vicino al piloro.	"	
v. Hacker.	Cicatrice al piloro.	"	
v. Hacker.	Ectasia; aderenze intorno al piloro.	"	Dopo 2 mesi, bene.
v. Hacker.	Aderenze alla superficie posteriore dello stomaco, intorno al piloro.	Dopo 5 giorni svenimento; morte il 6° giorno.	

Gastro-enterostomia

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
652	1	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 14.	20-VII-1896	d. 17	Dal 12° anno vomiti; poi dolori intensi; dimagrimento, dilatazione.
653	2	Körte	v. Langenbeck's Arch. Bd. 63, c. 10.	10-III-1898	u. 50	Da 14 anni disturbi gastrici, vomiti.
654	3	Mikulicz	Kausch, Mitt. a. d. Grenzgeb. Bd. 4, c. 13.	21-V-1898	u. 53	Da 27 anni dolori, vomito; gravi ematemesi.
655	4	Neuweiler	v. Langenbeck's Arch. Bd. 69, p. 778, c. 24.	10-VI-1898	u. 42	Da anni dolori, vomito, stipsi. Ebbe ematemesi. Dimagrimento, anemia.
656	5	Mikulicz	Kausch, Loc. cit., c. 17.	25-VI-1898	u. 29	Da 2 anni; ematemesi. Insufficienza meccanica. Dolori violenti.
657	6	Id.	Id. c. 25.	14-X-1898	u. 48	Da 21 mesi. Diverse ematemesi. Sifilide; dolori; vomiti.
658	7	Id.	Id. c. 20.	26-I-1899	u. 42	Da 3 anni numerose ematemesi. Dolori. vomiti. Dimagrimento.
659	8	Chlumsky	Bruns' Beitr. Bd. 27, c. 128.	1-IV-1899	u. 46	Da 8 settimane dolori. Vomiti.
660	9	Neuweiler	Loc. cit., c. 26.	22-VII-1899	u. 40	8 anni fa un colpo nella regione gastrica; melena, e per sei mesi eruttazioni. Da 3 1/2 anni dolori, eruttazioni, raramente vomiti. Dimagrimento.
661	10	Mikulicz	Chlumsky, Bruns' Beitr. Bd. 27, c. 141.	13-VII-1899	u. 54	Da tre mesi vomito.
662	11	Id.	Id. c. 144.	22-VII-1899	d. 48	Da 12 anni dolori, vomiti; dimagrimento.
663	12	Id.	Id. c. 146.	28-VII-1899	u. 25	Da un anno vomito, dolori, inappetenza. Una volta ematemesi.
664	13	Moser	Id. c. 147.	28-VII-1899	u. 26	Da 2 anni dolori, inappetenza, vomito, che negli ultimi tempi avveniva due volte al giorno. Due volte ematemesi.
665	14	Mikulicz	Id. c. 149.	29-VII-1899	u. 41	Da tre anni dolori; da un anno vomito; dimagrimento.
666	15	Henle	Id. c. 152.	26-VIII-1899	u. 34	18 anni fa ematemesi, melena, dolori. Da due mesi vomito. Dimagrimento.
667	16	Lindner	Weber, Bruns' Beitr. Bd. 31, c. 5.	28-VII-1899	u. 67	Da 11 anni costretto a giornaliera lavature.
668	17	Id.	Id. c. 18.	17-I-1900	d. 43	Tumore alla palpazione.
669	18	Id.	Id. c. 22.	16-II-1900	d. 37	Sintomi di grave stenosi.
670	19	Id.	Id. c. 24.	29-VI-1900	d. 19	
671	20	Körte	v. Langenbeck's Arch. Bd. 63, c. 17.	2-VI-1900	u. 18	Da 7 anni dolori, vomiti (II-99, con sangue); melena.
672	21	Id.	Id. c. 24.	1-XI-1900	u. 61	20 anni fa emorragie; due anni e mezzo fa dolori, vomito. Un mese fa melena.
673	22	Küster	Riehn, Diss. Mar- burg 1902, c. 9.	29-IX-1900	u. 40	Da 3 anni.
674	23	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 20.	23-X-1900	u. 60	Da due mesi vomito, dolori.

ed Enteroanastomosi.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker, E. A.	Ulcera stenosante del piloro; aderenze fra piccola curvatura, fegato e pancreas.	Scarso vomito Guarigione	Vomito infrenabile; diarrea. - Morte il 3-X-1896.
Wölfler, E. A.	Cicatrice raggiata alla piccola curvatura, stenosante il piloro.	Morte 5 giorni dopo per sepsi.	
Wölfler, E. A.	Numerose cicatrici al piloro stenotico, ed ulcera fresca alla piccola curvatura.	Guarigione	Dopo 7 mesi, bene. Ebbe un'ematemasi dopo 3 mesi.
Wölfler, E. A. col bottone.	Cicatrice al piloro.	*	1-II-902 sta bene; aumentato in peso.
Wölfler, E. A.	Cicatrice stenosante al piloro, e ulcera recente al piloro e alla piccola curvatura.	*	Dopo 7 mesi, bene.
Wölfler, E. A.	Stenosi e fissazione del piloro; cicatrice nella parete poster.	*	1-II-90, bene.
Wölfler, E. A.	Ulcera alla parete pilorica posteriore grossa come un piccolo pugno, penetrante nel pancreas. Piloro ristretto.	Quando si dimette, persiste leggiera insufficienza motoria. Non dolori.	
Wölfler, E. A.	Stenosi cicatriziale.	Guarigione	Dopo 10 mesi, bene.
Wölfler, E. A. col bottone.	Al piloro infiltrazione anulare estesa 4 cm.; peripilorite.	Bottone emesso il 4-IX-99.	Bene fino al Marzo 1901. Il 4-IV-01 morte in marasma per carcinoma del ventricolo.
Wölfler, E. A.	Stenosi cicatriziale; aderenze.	Vomito biliare Guarigione	
Wölfler, E. A.	Stenosi cicatriziale di alto grado.	*	Dopo 3 mesi, bene.
Wölfler, E. A.	Piccolo tumore al piloro. Aderenze.	*	Dopo 3 mesi, bene.
Wölfler, E. A.	Ulcera del piloro, con stenosi ed aderenze col pancreas.	*	Dopo 3 mesi dolori e tumore sotto l'arco costale (carcinoma?).
Wölfler, E. A.	Ulcera del ventricolo nella parte prepilorica aderente al pancreas, con stenosi del piloro.	*	Dopo 3 mesi, bene.
Wölfler, E. A.	Stenosi del piloro; piloro stirato da aderenze.	*	Dopo 2 mesi, bene; aumento 11 kg.
Wölfler, E. A.	Stenosi al piloro.	*	
Wölfler, E. A.	Ulcera della piccola curvatura stenosante il piloro. Cicatrice.	*	
Wölfler, E. A.	Resistenza dura al piloro, fissato da aderenze.	*	
Wölfler, E. A.	Ulcera al piloro; stenosi notevole.	Comparsa nel ventre, suppurazione. Tolia la compressa.	
v. Hacker, E. A.	Stenosi pilorica; fitte aderenze.	Guarigione	
v. Hacker, E. A.	Piloro ristretto.	*	
Wölfler, E. A.	Cicatrice al piloro.	*	Morte di tubercolosi polmonare dopo 6 mesi.
Wölfler, E. A.	Piloro ristretto. Cicatrice lineare.	*	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
675	24	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 12.	31-X-1900	u. 45	Da nove anni dolori, vomiti; dimagri- mento. Tumore duro nella regione pilorica.
676	25	Körte	v. Langenbeck's Ar- chiv Bd. 63, c. 22.	6-X-1900	u. 49	Da 10 anni emorragie; dolori; vomiti.
677	26	Id.	Id. c. 25.	12-XI-1900	d. 53	Da 10 anni. Vomito da 1 anno; 6 mesi prima, emorragia; dilatazione.
678	27	Küster	Riehn, Diss. Mar- burg 1902, c. 11.	10-XII-1900	u. 35	Da 2 anni.
679	28	Id.	Id. c. 12.	31-XII-1900	d. 29	
680	29	Id.	Id. c. 13.	12-I-1901	d. 26	Da anni emorragie. Rene mobile.
681	30	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 8.	5-VII-1901	u. 60	Da un anno e mezzo dolori, vomiti. Tumore voluminoso, scomparso poi spontaneamente.
682	31	Id.	Id. c. 13.	24-VII-1901	d. 32	Da due mesi, improvvisamente, dolori e vomiti.
683	32	Id.	Id. c. 21.	26-VII-1901	u. 34	Da un anno inappetenza, vomito. Di- latazione.
684	33	Id.	Id. c. 23.	31-VIII-1901	u. 24	Da otto anni dolori, vomito; dimagri- mento.
685	34	Mansell	Lancet 1904, Vol. 1, c. 7.	VI-1903	d. 50	Da anni disturbi gastrici; vomiti 7 set- timane fa, ematemesi.
686	35	Moullin Id.	Id. c. 8.	VI-1903	u. 54	Da 8 anni dolori, vomiti; dilatazione.
687	36	Id.	Id. c. 12.	VI-1903	d. 39	Da parecchi anni, dolori, vomiti. Dila- tazione.
688	37	Id.	Id. c. 19.	X-1903	u. 36	Dolori, vomiti, emorragie. Ectasia.
689	38	Id.	Id. c. 30.	VII-1903	d. 3	Dolori, vomiti, emorragie.
690	39	Id.	Id. c. 20.	XI-1903	d. 23	Sei anni prima, sintomi di ulcera ga- strica; negli ultimi due anni dolori e quindi vomiti incessanti.

Gastro-enterostomia

691	1	Körte	v. Langenbeck's Archiv Bd. 63, c. 1.	11-I-1892	d. 14	Da 20 anni dolori, vomiti talora con sangue. Tumore sopra l'ombelico. Dilatazione.
692	2	Carle	v. nostra casistica, c. 7.	14-VII-1895	u. 50	Da 7 anni: pirosi; dolori, vomito; Deperimento. Gastrectasia.
693	3	Id.	Id. c. 9.	28-IX-1895	u. 28	Da 3-4 mesi pirosi, eruttazioni acide, nausee, vomito. Deperimento. Anaclo- ridria.
694	4	Id.	Id. c. 10.	8-X-1895	u. 49	Da un anno nausea, eruttazioni acide, dolori, vomito, stipsi. Deperimento; ipercloridria.
695	5	Id.	Id. c. 11.	22-XII-1895	u. 38	Da due anni bruciori; eruttazioni acide, vari vomiti. Gastro-succorrea.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler, E. A.	Al piloro un tumore grosso come il pugno, aderente al fegato ed alla parete posteriore.	Guarigione	Dopo 1 anno, bene.
v. Hacker, E. A.		»	Gennaio 1901, bene.
v. Hacker, E. A.		»	Gennaio 1901, morte di tubercolosi polmonare. Nulla allo stom.
Wölfler, E. A.	Cicatrice al piloro.	»	
Wölfler, E. A. col bottone.	Cicatrice al piloro.	»	Dopo 6 mesi emorragie e dolori.
Wölfler, E. A.	Cicatrice al piloro.	»	
Wölfler, E. A. col bottone di Hildebrand.	Numerose aderenze. Ispessimento della parete posteriore del piloro.	Guarigione Dopo 6 settimane, emesso il bottone.	
Wölfler, E. A.	Al piloro tumore grosso come il pugno, aderente alla superficie inferiore del fegato.	Guarigione	Dopo 1 mese, aumentata di 7 kg. e 1½.
Wölfler, E. A. con bottone di Murphy.	Piloro fissato in alto, ispessito specialmente alla parete posteriore.	»	
Wölfler, E. A.	Piloro ispessito, inginocchiato per aderenze.	»	In 6 settimane è aumentato di 12 kg.
Wölfler, E. A.	Cicatrice nello stomaco vicino al piloro.	Ematemesi	
v. Hacker, E. A.	Cicatrice alla superficie anteriore del piloro ed aderenze. Massa callosa alla piccola curvatura.	Guarigione	
Wölfler, E. A.	Cicatrice al piloro; aderenze della grande curvatura e del piloro al colon trasverso.	»	
v. Hacker, E. A.	Anello fibroso al piloro.	»	
Wölfler, E. A.	Aderenze fra colon trasverso e superficie anteriore dello stomaco. Ispezione del ventr. neg.	Vomiti insistenti. Guarigione.	
v. Hacker, E. A.	Cicatrice dura alla piccola curvatura con aderenze al grande omento.	Bronchite Guarigione	

col bottone.

Wölfler.	Tumore al piloro molto aderente col fegato.	Guarigione	Dopo 8 anni, bene.
Wölfler.	Cicatrice raggiata alla parete anteriore e superiore.	Guarigione	Dopo 10 mesi, bene.
Wölfler.	Stenosi cicatriziale anulare.	Bott. non fu emesso. Guarigione	
Wölfler.	Piloro fibroso, irregolare, ispessito, molto stenosato.	Bottone non emesso. Guarigione	
v. Hacker.	Piloro ridotto ad anello irregolare con numerose aderenze peripiloriche.	»	Dopo 7 mesi, bene (continua riflusso di bile. Piloro contenente). Dopo 8 anni, bene.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
696	6	Czerny	Stendel, Bruns' Beitr. Bd. 23, p. 363.	18-V-1893	u.54	Da 26 anni disturbi gastrici. Emorragie. Dimagrimento. Stenosi. Insufficienza.
697	7	Id.	Id. p. 364.	12-VI-1896	u.53	Da 12 anni disturbi gastrici. Ectasia. Insufficienza motoria. Cachessia.
698	8	Id.	Id. p. 367.	6-VII-1896	u.54	Da 15 anni; vomito, stenosi, ectasia. Insufficienza motoria.
699	9	Jordan	Id. p. 368.	21-VIII-1896	u.52	Da 16 anni disturbi gastrici. Dimagrimento. Dilatazione; gastralgie.
700	10	Czerny	Id. p. 369.	18-IX-1896	u.59	Da 15 anni disturbi gastrici; emorragie; stenosi. Insufficienza, cachessia.
701	11	Id.	Id. p. 365.	1-VII-1896	d.65	Da 12 anni gastralgie; dimagrimento. Tumore grosso quasi come un pugno nella regione pilorica.
702	12	Carle	v. nostra casistica, c. 12.	25-I-1896	u.57	Da anni. Dolori, vomito, deperimento; ectasia gastrica.
703	13	Id.	Id. c. 13.	12-XI-1896	d.33	Da 11 mesi inappetenza; eruttazioni, poi vomito; dimagrimento. Ectasia gastrica.
704	14	Cordier	Amer. journ. of med. ass. 1903, Oct. 17.	1895	u.48	25 anni fa ematemesi, poi dolori, eruttazioni. Vomiti; dimagrimento.
705	15	Id.	Id.	1896	u.38	Da anni disturbi gastrici; vomito, dolori, ematemesi; dilatazione.
706	16	Brenner	v. Langenbeck's Arch. Bd. 69, c. 16.	20-VII-1897	d.28	Da 1 anno dolori e melena; da più mesi dolori, vomiti; dimagrimento.
707	17	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 15.	26-VII-1897	u.47	Da 1 anno dolori, inappetenza, vomito.
708	18	Czerny	Loc. cit., p. 378.	8-XI-1897	u.56	Da 30 anni disturbi gastrici. Ematemesi frequenti. Dimagrimento. Dilatazione.
709	19	Id.	Id. p. 382.	25-XI-1897	u.56	Da 30 anni disturbi gastrici; ematemesi, di cui l'ultima tre anni prima. Stenosi, dilatazione. Cachessia.
710	20	Jordan	Id. p. 376.	18-III-1897	u.60	Da 20 anni disturbi gastrici. Emorragie due giorni prima dell'operazione. Stenosi, ectasia, insufficienza. Bronchite. Arterio-sclerosi.
711	21	Carle	v. nostra casistica c. 16.	8-VI-1897	u.34	A 13 anni ulcera gastrica; a 21 anni guarigione. Da un mese pirosi, dolori, vomiti.
712	22	Id.	Id. c. 17.	8-VI-1897	u.39	Da 2 anni e mezzo eruttazioni, dolori, vomito.
713	23	Id.	Id. c. 18.	8-VI-1897	u.44	5 anni fa ematemesi. Vomiti. Emaciazione spaventosa.
714	24	Id.	Id. c. 19.	28-VII-1897	d.32	Da 5 anni dolori, nausea, vomiti. Gastrectasia.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.	Ulcera stenosante.	Guarigione	Gennaio 1901: si trova nelle condiz. di prima. Sintomi di stenosi ripresi dal Giugno 1898.
v. Hacker.	Piloro aderente ai tessuti vicini, stirato verso il fegato, ispessito.	Emorragia intestinale. Ascesso perigastro. Bott. emesso dopo 14 giorni.	Agosto 1901, bene.
v. Hacker.	Aderenze attorno al piloro e alla piccola curvatura.	Guarigione Bottone?	Dopo 18 mesi, bene; aumento di 25 libbre. Due anni dopo subì la gastro-entero-plastica, per stenosi dell'apertura di G. E. Genn. 1901, bene.
v. Hacker.	Piloro ingrossato come una noce; aderenze posteriori.	Guarigione	XII-1897, bene.
v. Hacker.		Polmonite	Nel 1899 morì per diabete; stom. bene.
v. Hacker.	Adesioni intorno al piloro che presenta una cicatrice sulla parete posteriore.	Guarigione Bott. emesso in 6 ^a settimana.	Agosto 1901, bene.
v. Hacker.	Al piloro massa cicatriziale anulare, irregolare.	Guarigione 1½ bottone al 9° g.	Dopo 14 mesi, bene.
v. Hacker.	Piloro fittamente aderente al pancreas ed agli altri organi vicini.	Guarigione Bottone?	Dopo 3 mesi, bene.
Wölfler.		Guarigione	Dopo 8 anni, bene.
Wölfler.		»	Dopo 6 anni e mezzo, stomaco bene. Morì per polmonite. Bott. nello stomaco.
v. Hacker.	Massa dura, mobile, al piloro, con cicatrice nella parete anteriore.	» Bottone?	Dopo 5 anni sta bene, ma occorre ancora qualche cautela nel cibo e nel lavoro.
Wölfler.	Tumore duro, bernoccolato, al piloro.	Guarigione	Dopo 4 anni, bene.
v. Hacker.	Vecchia ulcera con cicatrice stenosa al piloro, dove è un tumore come un'avellana.	» ematemesi una volta. Bottone?	Agosto 1901, bene.
v. Hacker.	Eseiso un pezzo di cicatrice.	Guarigione Bottone?	Poche settim. dopo stenosi. Il 24-I-98, rioperato di gastro-entero-plastica (Anastomosi compressa dal mesocolon). Gennaio 1901, bene.
v. Hacker.	Piloro ingrossato.	Bott. emesso dopo 9 giorni. Morì il 1-IV 1897. Bronco-polmonite; empiema. Cicatrice da ulc. nella piccola curvatura.	
v. Hacker.	Piloro molto stretto, duro, irregolare, fisso. Aderenze.	Guarigione.	
v. Hacker.	Al piloro tessuto cicatriziale duro, irregolare; peripilorite.	»	
v. Hacker.	Cicatrice ben evidente al piloro e aderenze peripiloriche.	»	
v. Hacker.	Piloro molto ristretto, con numerose aderenze.	»	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
715	25	Carle	v. nostra casistica, c. 21.	23-IX-1897	u.19	Da 4 anni gastralgie, vomiti; emate- mesi; dimagrimento spaventoso.
716	26	Id.	Id. c. 20.	10-IX-1897	d.27	Gastralgie da anni; vomito, dimagri- mento. Tubercolosi polmonare.
717	27	Ettlinger	Bruns' Beitr. Bd. 34, c. 2.	19-VII-1897	d.37	Fin da ragazza gastralgie; da 2 anni dolori forti, melena, diarrea. Da 1 anno vomiti. Gastrectasia, insuffic.
718	28	Mikulicz	Kausch, Mitt. a. d. Grenz. Bd. 4, c. 19.	18-X-1897	u.34	Da 11 mesi grave insufficienza motoria; vomiti, dolori. Dimagrimento.
719	29	Kümmell	Hamburg. Jahrb. Bd. 7, c. 2.	11-XI-1897	u.52	Dal 1890 disturbi gastrici. Da due anni vomiti. Dimagrimento, Dilatazione.
720	30	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 24.	23-IX-1897	d.42	Da lungo tempo vomiti, dolori, erutta- zioni.
721	31	Bocasso	Chirurgia dello stom. 1903, oss. 4.	2-XII-1897	u.24	Da 5 anni dispepsia; due anni fa do- lori, vomiti, ematemesi.
722	32	Ardle	Donblin Journ. of med. sc. 1898, Fb. 1.	1897	u.26	Vomito continuo.
723	33	Carle	v. nostra casist. c. 22.	23-XI-1897	u.32	
724	34	Id.	Id. c. 23.	4-I-1898	d.35	
725	35	Id.	Id. c. 24.	5-I-1898	d.41	
726	36	Czerny	Petersen u. Ma- chol, Bruns' Beitr. Bd. 33, p. 346, c. 43.	18-I-1898	d.62	18 anni fa vomito sanguigno. Da 5 mesi disturbi; dolori; non vomiti; dilata- zione.
727	37	Ettlinger	Bruns' Beitr. Bd. 34, c. 8.	4-II-1898	u.28	Da 3 settimane vomito. Dilatazione.
728	38	Mikulicz	Kausch, Loc. cit., c. 16.	15-II-1898	u.50	Da 8 anni dolori, vomiti, emorragie.
729	39	Carle	v. nostra casist. c. 28.	11-V-1898	d.53	
730	40	Marwedel	Petersen u. Ma- chol, Bruns' Beitr. Bd. 33, p. 304, c. 2.	11-V-1898	u.54	Da 28 anni disturbi gastrici, dolori, emorragie. Debolezza. Cure mediche inefficaci. Ectasia.
731	41	Czerny	Id. p. 305, c. 3.	11-V-1898	u.45	Da tre anni disturbi gastrici; ectasia, insufficienza. Un anno prima emate- mesi. Cure mediche inefficaci.
732	42	Carle	v. nostra casist. c. 29.	28-V-1898	d.25	
733	43	Czerny	Petersen u. Ma- chol, Bruns' Btr. Bd. 33, p. 303, c. 1.	8-III-1898	u.49	Da 5 anni emorragie, gastralgie; ste- nosi. Ectasia, insufficienza.
734	44	Mikulicz	Kausch, Loc. cit., c. 15.	29-I-1898	u.58	Da 15 mesi disturbi gastrici, insuffi- cienza meccanica grave. Vomito, me- lena. E palpabile un tumore.
735	45	Brenner	v. Langenbeck's Ar- chiv Bd. 69, c. 17.	3-III-1898	u.57	Da 10 anni dolori; dimagrimento.
736	46	Carle	v. nostra casist. c. 27.	23-IV-1898	d.35	Da tempo, dolori, vomiti; eruttazioni.
737	47	Id.	Id. c. 32.	8-VI-1898	u.51	
738	48	Czerny	Loc. cit., p. 306, c. 4.	13-VI-1898	u.54	Da 7 anni dolori, vomiti, ematemesi. Dilatazione, insufficienza motoria e chimica.
739	49	Id.	Id. p. 307, c. 5.	23-VI-1898	u.43	Da nove mesi dolori, vomito, una volta con sangue. Lunga cura medica inu- tile. Ectasia.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.	Cicatrice raggiata al piloro, molto ristretto.	Guarigione	
v. Hacker.	Cicatrice raggiata al piloro con aderenze peripiloriche.	»	Morta il 27-X-97 per tubercolosi.
v. Hacker.	Piloro per sei cm. ispessito.	»	
Wölfler.	Piloro ristretto e posteriormente duro.	Bottone al 12° giorno	
Wölfler.	Stenosi del piloro; aderenze.	Guarigione	Luglio 1898; persiste insufficienzamotoria.
Wölfler.	Ispessimento alla parete anteriore e stenosi del piloro.	»	1898; recidiva.
		Decorso irregolare; vomiti. Guarigione.	25-I-1898: E. A. con bot. di Frank. 20-XII-1899; per rifl. di bile e vom. sez. echins. dell'ansa affer. fra E. A. e stomaco.
v. Hacker.	Tessuto cicatriziale interessante il piloro, che è alquanto aderente al pancreas.	Guarigione	
v. Hacker.	Ulcera nella piccola curvatura stenosante il piloro.	Bottone al 10° giorno	
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	Guarigione	
Wölfler.	Aderenze in corrispondenza della faccia posteriore.	»	
v. Hacker.	Stenosi cicatriz. e peripilorite.	»	
v. Hacker.	Cicatrice alla parete anteriore.	»	II-1901, bene.
v. Hacker.	Aderenze del piloro col pancreas ed il fegato.	Dopo 19 g. laparotomia per compressione dell'ansa afferente da aderenze. Al 21° g. morte per perit.	
Wölfler	Piloro e piccola curvatura fissati da cicatrice, per ulcera alla piccola curvatura.	Guarigione	Novembre 1898; persiste leggiera insufficienzamotoria.
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	»	Dopo 6 anni, bene.
v. Hacker.	Alla piccola curvatura una durezza che fissa alquanto il ventricolo.	Morte dopo 3 giorni. Tubercolosi miliare.	
v. Hacker.	Cicatrice al piloro.	Guarigione	Ascesso uretrale; piemia. - Morte l'I-VII-1898. Apertura della G. E. stretta.
		Bottone emesso 11 giorni dopo.	
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	Guarigione	
v. Hacker.	Alla superficie posteriore del piloro una durezza che si estende verso la testa del pancreas e del duodeno.	»	II-1901 bene
v. Hacker.	Tumore grosso come due avelane, al piloro, aderente al pancreas.	Bottone?	
v. Hacker.	Tumore grosso come una mela al piloro intorno ad una cicatrice. Aderenze al pancreas.	Guarigione	Dopo 9 mesi, bene.
		Morte dopo 10 giorni (debolezza)	
v. Hacker.	Cicatrice alla superficie anteriore e superiore del piloro.	Bottone nello stomaco.	
		Guarigione.	
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	Bottone?	Il 20-X-1898, per circolo vizioso G. E. R o u x. Guarigione.
v. Hacker.	Al piloro cicatrice dura, aderente alla superficie inferiore del fegato. Essudati perigastrici alla superficie posteriore dello stomaco.	Guarigione	Dopo 51½ anni, bene.
v. Hacker.	Durezza al piloro.	»	II-1901, bene.
		Bottone?	
		Guarigione	
		Bottone emesso al 12° giorno.	I-1901, bene di stomaco, morte per apoplessia.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
740	50	Carle	v. n. casistica, c. 31.	VI-1898	d.39	Pirosi, vomiti, ematemesi, gastralgie.
741	51	Czerny	Petersen u. Ma- chol, Bruns' Beitr. Bd. 33, p. 308, c. 6.	1-VII-1898	u.28	Da 5 anni disturbi gastrici; da 3, vo- miti frequenti; da un anno lavature; forte diminuzione di peso.
742	52	Id.	Id. p. 309, c. 7.	23-XII-1898	u.24	Da tre anni disturbi gastrici; vomiti, ematemesi.
743	53	K ü m m e l l	Hamburg. Jahrb. Bd. 7, c. 4.	6-VII-1898	d.28	Ebbe ematemesi ripetute.
744	54	Id.	Id. c. 5.	11-VII-1898	d.38	Ammalata da lungo tempo. Dimagri- mento; dilatazione.
745	55	Carle	v. nostra casistica c. 33.	VII-1898	u.26	Dolori, vomiti.
746	56	Id.	Id. c. 34.	12-IX-1898	u.46	Da 7 anni. Da 2 anni vomito; non ema- temesi.
747	57	Id.	Id. c. 35.	IX-1898	u.40	Da tempo eruttazioni acide, vomito, dolori.
748	58	K ü m m e l l	Loc. cit., c. 6.	5-X-1898	d.56	Da un anno disturbi gastrici; grande dilatazione.
749	59	Carle	v. n. casistica, c. 36.	10-X-1898	u.49	Da due anni dolori, vomiti, piroso; ematemesi.
750	60	Id.	Id. c. 38.	X-1898	d.30	Gastralgie frequenti; vomiti caffeeani.
751	61	Id.	Id. c. 39.	18-XI-1898	d.26	
752	62	Id.	Id. c. 40.	22-XII-1898	d.38	
753	63	Id.	Id. c. 41.	24-XII-1898	u.25	Da tempo difficoltà digestiva; tetania, dolori, talora vomito. Gastrectasia.
754	64	Qu é n u	Bull. et mém. soc. chir. de Paris 1902, n. 7.	1898	u. ?	Da 8 anni sintomi di ulcera gastrica, poi di stenosi. Dilatazione gastrica.
755	65	Carle	v. n. casistica, c. 42.	26-I-1899	u.27	
756	66	Id.	Id. c. 44.	5-II-1899	d.21	
757	67	Ettlinger	Bruns' Beitr. Bd. 34, c. 4.	30-I-1899	u.47	Da lungo tempo disturbi gastrici. Vo- miti. Tumore sotto l' arco costale destro.
758	68	Carle	v. n. casistica, c. 45.	26-II-1899	d.39	Da 4 anni cefalee, vomiti, dolori, ema- temesi. Forte deperimento.
759	69	Czerny	Loc. cit. p. 310, c. 8.	18-III-1899	u.37	Da 15 anni disturbi gastrici. Dimagri- mento. Emorragie. Erano necessarie più lavature al giorno.
760	70	Tricomi	Policlin. 1900, c. 45.	6-III-1899	d.35	Da tre anni gastralgie, vomiti, emate- mesi. Dimagrimento.
761	71	Id.	Id. c. 46.	27-III-1899	d.57	Da molti anni gastralgie, vomiti.
762	72	Carle	v. nostra casistica, c. 47.	27-III-1899	d.22	
763	73	Id.	Id. c. 48.	18-IV-1899	u.32	Da pochi mesi disturbi gastrici. Da 3 mesi vomiti; dolori; deperimento.
764	74	Id.	Id. c. 49.	2-V-1899	d.47	Da anni disturbi gastrici; dolori, piroso, vomiti.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
	v. Hacker. Cicatrice nella parete anteriore e super. del piloro. Aderenze.	Guarigione	
	v. Hacker. Durezza al piloro, coperto da pseudomembrane.	Bottone? Guarigione	Aumento di 37 libbre in 7 settimane. 1-IX-1898: morto improvvisamente per emorragia gastrica. Bottone nello stomaco.
	v. Hacker. Piloro aderente alla superficie inferiore del fegato ed alla cistifellea. Alla piccola curvatura, retrazione estendentesi sino al cardias.	»	1-1901 bene. Bottone nello stomaco.
Wölfler.		Al 15° giorno, vomito biliare: gastrulisi, morte.	
Wölfler.	Stenosi pilorica.	Guarigione	
	v. Hacker. Cicatrice al piloro.	Bottone? Guarigione	
	v. Hacker. Cicatrice al piloro ed adherenze.	Bottone dopo 30 g. Guarigione.	Dopo 5 anni e mezzo, bene.
	v. Hacker. Cicatrice al piloro, molto stenoso.	Bott. dopo 16 giorni. Guarigione	Dopo 5 anni, bene.
Wölfler.	Stenosi pilorica; adherenze col fegato.	Bott. dopo 3 mesi. Guarigione	Aumento di peso di 8 kg.
	v. Hacker. Estesa cicatrice alla faccia anteriore vicino al piloro.	Bottone al 18° giorno. Guarigione	Dopo 5 anni, bene.
	v. Hacker. Cicatrice dura, biancastra, al piloro, che è molto ristretto.	»	
	v. Hacker. Stenosi cicatriziale.	Bottone al 30° giorno. Guarigione	
	v. Hacker. Stenosi cicatriziale.	»	
	v. Hacker. Cicatrice alla faccia posteriore e margine infer. del piloro.	»	Dopo 5 anni, bene.
Wölfler.	Stenosi cicatriziale.	Bottone al 12° giorno. Guarigione	Dopo 15 mesi, vomiti e dolori. Dopo 4 anni operato per ulcera peptica nella branca efferente con penetrazione nella parete addominale. Resezione - Gastroenterostomia alla Roux. Guarigione.
	v. Hacker. Stenosi cicatriziale.	»	
	v. Hacker. Stenosi cicatriziale.	»	
	v. Hacker. Al piloro, tum. della grossezza di una mela, duro, aderente al legamento gastro-epatico ed al pancreas.	Bottone?	
	v. Hacker. Cicatrice raggiata al piloro con peripilorite. Grave stenosi.	Guarigione	Dopo 5 anni, bene.
	v. Hacker. Cicatrice ad anello al piloro. Stomaco dilatato.	Bottone nello stomaco (?). Bronchite. Guarig. Bottone?	Alla fine del 1899 recidiva; nel Gennaio 1901 necessitano ancora lavature.
	Roux. Cicatrice anulare al piloro. Gastrectasia.	Guarigione	
	Roux. Cicatrice nella piccola curvatura vicino al piloro.	»	
	v. Hacker. Stenosi cicatriziale.	»	
	v. Hacker. Cicatrice alla superficie anteriore del piloro.	»	
	v. Hacker. Cicatrice nella superficie anteriore del piloro.	Bottone al 12° giorno. Guarigione	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
765	75	Tricomi	Polìclinico 1900, c. 47.	14-V-1899	u.34	Da anni; gastralgie, vomiti, ematemesi.
766	76	Carle	v. nostra casist. c. 50.	23-V-1899	u.24	
767	77	Id.	Id. c. 51.	12-VI-1899	u.26	Da 2 anni difficoltà nella digestione, pirosi; da 7-8 mesi vomiti sempre più frequenti.
768	78	Czerny	Petersen u. Machol, Bruns' Beitr. Bd. 33, p. 312, c. 10.	16-VI-1899	u.39	Da 15 anni ammalato. Vomiti. Ematemesi. Dimagrimento. Stenosi.
769	79	Id.	Id. p. 313, c. 11.	16-VI-1899	u.42	Da 16 anni dolori, vomiti; stenosi.
770	80	Id.	Jahresb. d. Heidelb. Klinik 1899, p. 100.	5-VII-1899	d.41	Da 4 anni ammalata. Dilatazione, stenosi; emorragie.
771	81	Id.	Bruns' Beitr. Bd. 33, p. 314, c. 12.	10-VII-1899	u.49	Da 7 anni disturbi gastrici; vomito, stenosi, insufficienza.
772	82	Carle	v. nostra casist. c. 52.	13-VII-1899	u.25	Da 18 mesi dolori, vomiti, eruttazioni acide, ematemesi.
773	83	Tricomi	Polìclinico 1900, c. 54.	12-XI-1899	d.29	Da 10 anni gastralgie, vomiti, ematemesi. Gastrectasia.
774	84	Id.	Id. c. 48.	13-VII-1899	d.17	Da 9 anni vomiti, gastralgie; dimagrimento.
775	85	Id.	Id. c. 49.	29-VII-1899	u.44	Da 9 anni gastralgie, vomiti, ematemesi.
776	86	Czerny	Loc. cit., p. 316, c. 14.	11-XI-1899	u.36	Malato da 15 anni. Dolori, stenosi, ectasia; insufficienza.
777	87	Tricomi	Polìclinico 1900, c. 50.	16-VIII-1899	u.44	Da 20 anni sintomi di ulcera gastrica; vomiti.
778	88	Id.	Id. c. 51.	16-VIII-1899	d.42	Da 9 anni; gastralgie, vomiti, ematemesi.
779	89	Id.	Id. c. 52.	20-VIII-1899	d.43	Da 7 anni gastralgie, vomiti.
780	90	Kümmell	Hamburg. Jahrb. Bd. 7, c. 3.	15-V-1899	d.31	Operata già per ulcera in corso di evoluzione (v. n. 283). Stenosi pilorica.
781	91	Id.	Id. c. 8.	13-IX-1899	u.32	Da 13 anni disturbi; forte dilatazione.
782	92	Tricomi	Polìclinico 1900, c. 53.	16-IX-1899	d.48	Da 11 anni. Gastralgie, vomiti; dimagrimento.
783	93	Carle	v. nostra casistica, c. 53.	7-XI-1899	u.54	Da 12-13 anni disturbi gastrici. Recentemente gastralgie. Vomiti continui. Ematemesi.
784	94	Czerny	Loc. cit., p. 315, c. 13.	24-VII-1899	u.55	Da 30 anni; stenosi, ectasia, insufficienza.
785	95	Carle	v. nostra casistica, c. 54.	XI-1899	d.35	Senso di peso e tensione all'epigastrio; nausea, vomiti abbondanti.
786	96	Id.	Id. c. 55.	5-XII-1899	u.42	Da 20 anni disturbi digestivi. Vomiti, eruttazioni. Dimagrimento.
787	97	Id.	Id. c. 56.	12-XII-1899	d.45	Da 2 anni vomiti sempre più frequenti. Gastralgie; pirosi; dimagrimento. Ematemesi.
788	98	Id.	Id. c. 57.	24-XII-1899	u.33	Da 2 o 3 anni disturbi digestivi. Dolori, raramente vomiti.
789	99	Czerny	Loc. cit., p. 316, c. 15.	9-XII-1899	u.56	Da 30 anni ammalato. Dimagrimento. Stenosi, ectasia.
790	100	Petersen	Id. p. 317, c. 16.	28-XII-1899	d.30	Da 4 anni ammalata; emorragie, vomiti, dolori.
791	101	Kümmell	Hamburg. Jahrb. Bd. 7, c. 9.	16-I-1900	u.30	Da 14 anni. Dilatazione.
792	102	Czerny	Loc. cit., p. 318, c. 17.	6-II-1900	u.26	Da tre anni disturbi. Vomiti insistenti.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
	Roux. Stenosi cicatriziale anulare.	Guarigione	
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	»	
v. Hacker.	Placca dura alla piccola curvatura. Aderenze.	»	
		Bottone?	
v. Hacker.	Piloro con cicatrice, stirato verso la superficie inferiore del fegato.	Guarigione Bottone emesso al 19° giorno.	I-1901, bene.
v. Hacker.	Cicatrice al piloro; aderenze alla superficie inferiore del fegato ed alla cistifellea.	Guarigione Bottone?	I-1901, bene.
v. Hacker.		Guarigione Bottone?	
y. Hacker.	Cicatrice raggiata al piloro.	Guarigione. Bottone emesso dopo 21 gior.	I-1901, bene.
v. Hacker.	Cicatrice fortemente stenosante alla superficie anteriore del piloro.	Guarigione Bottone al 12° giorno.	Dopo 4 1/2 anni, bene.
Roux.	Tumore del volume di grossa mela in corrispon. del piloro.	»	
Roux.	Stenosi cicatriziale anulare. Gastrectasia.	»	
Roux.	Stenosi cicatriziale anulare. Gastrectasia.	»	
v. Hacker.	Piloro stirato da adesioni.	»	XII-1900, bene.
Roux.	Indurimento tra parete posteriore ed anteriore, diffuso alla piccola curvatura.	Guarigione	
Roux.	Stenosi cicatriziale anulare. Gastrectasia.	»	
Roux.	Stenosi cicatriziale anulare e perigastrite.	»	
Wölfler.		Morte per pneum. in 9° giorn. Stomaco privo di mucosa, ridotta a tessuto cicatriziale.	
Wölfler, con bottone di Hildebrand.		Guarigione (Dopo un mese, bottone nell'intestino). Guarigione	
Roux.	Stenosi cicatriziale anulare. Gastrectasia.	»	
v. Hacker.	Cicatrice nella faccia antero-superiore del piloro.	Bottone al 20° giorno.	Dopo 4 anni, bene.
v. Hacker.	Piloro ispessito con cicatrice aderente al fegato e cistif.	Guarigione Bottone al 12° giorno.	Nel 1899 occorsero lavat. IV-1901, bene.
v. Hacker.	Fitte aderenze peripiloriche. Pareti del piloro irregolari, dure.	Guarigione Bottone?	
v. Hacker.	Estesa cicatrice sulla faccia posteriore della regione pilorica.	Morte in 6° giornata. Polmonite.	
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale circolare gravissima.	Guarigione Bottone?	
v. Hacker.	Estesissima cicatrice al piloro, faccia post., e piccola curvat.	Guarigione	Dopo 4 anni, bene.
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale al piloro e leggere adesioni.	Bronchite. Guarig. Bottone al 25° giorno.	III-1901, bene.
v. Hacker.	Cicatrice grossa come un'avelana.	Guarigione. Bottone emesso al 16° giorno.	I-1901, bene.
Wölfler, con bottone di Hildebrand.		Guarigione Bottone?	
v. Hacker.	Cicatrice al piloro.	Guarigione	VIII-1901, bene

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
793	103	Petersen	Bruns' Beitr. Bd. 33, p. 318, c. 19.	16-II-1900	<i>u. 40</i>	Da 8 anni disturbi gastrici. Vomito. Dimagrimento.
794	104	Marwedel	Id. p. 319, c. 18.	6-III-1900	<i>u. 19</i>	Molti vomiti, dolori. Ematemesi una sol volta. Dilatazione.
795	105	Mattoli	La gastro-enterosto- mia, 1903, c. 9.	1-III-1900	<i>u. 46</i>	A 20 anni ematemesi, melena; poi re- cidive; dolori, vomiti.
796	106	Id.	Id. c. 10.	27-III-1900	<i>u. 60</i>	Da due anni dolori, vomiti, pirosi; ebbe ematemesi.
797	107	Czerny	Bruns' Beitr. Bd. 33, p. 320, c. 20.	26-IV-1900	<i>d. 39</i>	Da 9 anni disturbi gastrici; dolori, vomito frequente. Dimagrimento, ectasia.
798	108	Id.	Id. p. 320, c. 21.	26-V-1900	<i>u. 40</i>	Da 12 anni disturbi gastrici, dolori. Ematemesi due volte. Dimagrimento.
799 8-0	109 110	Carle Id.	v. n. casistica, c. 58. Id. c. 59.	12-V-1900 V-1900	<i>d. 57</i> <i>u. 51</i>	Da molto tempo vomiti, dolori. Ema- temesi. Ipercloridria.
801	111	Czerny	Loc. cit., p. 321, c. 22.	11-VI-1900	<i>u. 49</i>	Da 7 anni vomiti; emorragia.
802	112	Marwedel	Id. p. 322, c. 23.	16-VI-1900	<i>d. 24</i>	Da 5 anni dolori, vomiti; benessere passeggiero dopo lavature.
803	113	Carle	v. n. casistica, c. 60.	VI-1900	<i>d. 44</i>	Vomito frequente. Dimagrimento pro- gressivo.
804	114	Id.	Id. c. 61.	VI-1900	<i>d. 37</i>	Da tempo sintomi classici di ulcera. Ematemesi.
805	115	Petersen	Loc. cit., p. 322, c. 24.	10-IX-1900	<i>u. 39</i>	Da nove mesi vomito, dolori. Dila- tazione.
806	116	Id.	Id. p. 323, c. 25.	14-IX-1900	<i>u. 50</i>	Da 20 anni; vomiti, dolori; lavature inutili. Dimagrimento.
807	117	Czerny	Id. p. 323, c. 26.	26-IX-1900	<i>u. 43</i>	Da 7 anni gastralgie, vomiti. Dima- grimento, dilatazione.
808	118	Marwedel	Id. p. 324, c. 27.	27-IX-1900	<i>d. 42</i>	Vomiti, dolori. Dimagrimento. Gastro- ptosi.
809 810	119 120	Carle Id.	Loc. cit., c. 62. Id. c. 63.	30-IX-1900 X-1900	<i>u. 32</i> <i>u. 36</i>	Da tempo sintomi caratteristici di ul- cera. Ematemesi.
811	121	Czerny	Loc. cit., p. 235, c. 28.	10 XI-1900	<i>u. 34</i>	Dolori, gastralgie; dilatazione; insuf- ficienza, Dimagrimento.
812	122	Kümmell	Hamburg. Jahrb. Bd. 7, c. 10.	12-X-1900	<i>d. 45</i>	Da 13 anni.
813	123	Id.	Id. c. 11.	23-X-1900	<i>d. 20</i>	Da molto tempo curata per clorosi ed ulcera. Dilatazione.
814	124	Ferrari	Clinica chir., 1902, p. 870.	12-X-1900	<i>d. 31</i>	Da anni dolori, vomiti, ematemesi. Di- latazione, ristagno.
815	125	Kümmell	Loc. cit., c. 13	3-XII-1900	<i>d. 37</i>	Da molto tempo sintomi di ulcera. Dilatazione.
816	126	Id.	Id. c. 14.	8-XII-1900	<i>u. 46</i>	Tubercolosi polmonare. Sintomi d'ul- cera. Dilatazione.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.	Piloro stenotizzato ed ispessito.	Bronchite Guarigione (Bottone?)	I-1901, bene.
v. Hacker.	Piloro con resistenza.	Guarigione Bottone al 9° giorno.	I-1901, bene.
v. Hacker. Gastrostenoplastica.	Forte gastrectasia; stenosi cicatriziale.	Guarigione 1/2 bottone dopo 21 giorni.	Dopo 6 mesi ematemesi; dopo 2 1/2 anni, dolori; l'altra metà del bott. nello stomaco.
v. Hacker.	Al piloro tumefazione di aspetto cicatriziale, aderente al teguto.	Eviscerazione Guarigione (Bottone al 25° giorno).	
v. Hacker.	Cicatrice alla superficie anteriore del piloro.	Guarigione	I-1901, bene.
v. Hacker.	Cicatrice alla superficie posteriore del piloro.	Bronchite Guarigione	I-1901, bene.
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	*	
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale con peripiloricite.	*	Nell'inverno 1904, tumore al ventricolo. Anaclor., cachessia.
v. Hacker.	Piccola durezza al piloro, che si estende alla piccola curvatura.	Al 5° giorno emorragia interna. Guarigione.	I-1901, bene.
v. Hacker.	Cicatrice stenotizzante alla parete posteriore pilorica. Aderenze.	Guarigione. Bott. al 10° giorno.	II-1901, bene.
v. Hacker.	Cicatrice nella superficie inferiore del piloro, con peripiloricite.	Guarigione	
v. Hacker.	Cicatrice della parete antero-superiore del piloro estesa alla piccola curvatura.	*	Dopo 4 anni, bene.
v. Hacker.	Infiltrazione vicino al piloro verso la piccola curvatura, aderente al pancreas.	Bottone al 19° giorno	I-1901, bene.
v. Hacker.	Cicatrice ad anello al piloro ed adesioni.	Guarigione	I-1901, bene.
v. Hacker.	Cicatrice anulare al piloro.	Bronchite Guarigione	I-1901, bene.
v. Hacker.	Ispessimento irregolare, nella superficie anteriore del piloro, verso la piccola curvatura.	Bottone al 18° giorno Guarigione	I-1901, bene.
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	Bottone al 15° giorno	
v. Hacker.	Indurimento irregolare al piloro, da ulcera non ancora completamente cicatrizzata.	Guarigione	
v. Hacker.	Cicatrice stenotizzante al piloro.	*	Nell'inverno 1904 si palpa un grosso tumore.
Wölfler con bottone di Hildebrand.		Bottone al 16° giorno Guarigione	VI-1901, bene.
Wölfler con bottone di Hildebrand.		Bottone al 19° giorno	
v. Hacker.	Cicatrice circolare al piloro lunga 2 cm.	Guarigione Bottone al 14° giorno	
Wölfler con bottone di Hildebrand.		Vomito biliare nei primi giorni. Guarigione	Dopo 14 mesi, bene.
Wölfler con bottone di Hildebrand.		*	
Wölfler con bottone di Hildebrand.		(Bottone nel colon ascendente dopo un mese).	
Wölfler con bottone di Hildebrand.		Morte dopo 3 giorni (embolia polmonare).	

Num. prog. generale	Num. prog. parziali	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
817	127	Czerny	Petersen u. Ma- cholt, Bruns' Beitr. Bd. 33, p. 325, c. 29.	11-XII-1900	u. 41	Da 20 anni vomiti, gastralgie. Dimagrimento. Dilatazione.
818	128	Carle	v. nostracast., c. 64.	16-XII-1900	u. 32	
819	129	Id.	Id. c. 65.	16-XII-1900	u. 39	Da 2 anni disturbi gastrici; da 3 mesi dolori, eruttazioni, vomiti.
820	130	Id.	Id. c. 66.	18-XII-1900	d. 49	Da anni disturbi gastrici: dolori, eruttazioni, vomiti, deperimento.
821	131	Id.	Id. c. 67.	18-XII-1900	u. 36	Da 11 anni disturbi digestivi con vomito. Tre anni fa ematemesi.
822	132	Petersen	Loc. cit., p. 339, c. 49.	10-I-1901	u. 54	Da 15 anni. Operato il I-93 di piloroplastica (Steudel, c. 4; vedi n. 899).
823	133	Czerny	Jahresber. d. Heidel- berg, Klinik 1901. - Bruns' Beitr. Bd. 36.	18-I-1901	u. 33	Da 15 anni disturbi gastrici, vomiti, dilatazione.
824	134	Carle	Loc. cit., c. 69.	23-II-1901	d. 52	Da tempo dolori, vomiti; talora ematemesi.
825	135	Kümmell	Hamburg, Jahrb. Bd. 7, c. 17.	18-III-1901	u. 18	Da un anno vomiti sanguigni.
826	136	Id.	Id. c. 18.	6-V-1901	d. 40	Da lungo tempo segni di ulcera. Dilatazione.
827	137	Czerny	Loc. cit., in Bruns' Beitr. Bd. 36.	13-VI-1901	u. 54	Da 16 anni disturbi gastrici. Dilatazione. Insufficienza.
828	138	Carle	Loc. cit., c. 71.	19-VII-1901	u. 46	
829	139	Trendel	Bruns' Beitr. Bd. 39, c. 10.	26-VII-1901	? 48	Da 8 anni. Spesso ematemesi. Dilatazione.
830	140	Carle	Loc. cit., c. 72.	2-VIII-1901	d. 28	
831	141	Czerny	Loc. cit., in Bruns' Beitr. Bd. 36.	18-IX-1901	u. 62	Dal 1896 vomiti, ematemesi. Insufficienza chimica e motoria.
832	142	Id.	Id.	25-X-1901	u. 54	Da molti anni disturbi gastrici. Dilatazione.
833	143	Id.	Id.	20-IX-1901	d. 38	Da 14 anni crampi allo stomaco, vomiti.
834	144	Id.	Id.	27-IX-1901	u. 43	Da 4 anni ematemesi e vomiti: dolori.
835	145	Carle	v. n. casistica, c. 74.	4-X-1901	d. 24	
836	146	Id.	Id. c. 76.	10-X-1901	u. 50	Da un anno piroisi; eruttazioni, vomiti, dimagrimento.
837	147	Id.	Id. c. 75.	10-X-1901	u. 45	
838	148	Trendel	Loc. cit., c. 16.	10-I-1902	? 54	Da 26 anni disturbi gastrici; da 2 anni forti dolori, vomito frequente; forte dilatazione.
839	149	Carle	Loc. cit., c. 79.	25-II-1902	d. 52	
840	150	Id.	Id. c. 80.	1-IV-1902	u. 25	Da 4 anni disturbi gastrici; vomiti, dimagrimento.
841	151	Id.	Id. c. 81.	20-IV-1902	u. 40	
842	152	Trendel	Loc. cit., c. 19.	9-V-1902	u. 45	Da 6 anni notevoli disturbi gastrici; vomiti da 1 a 4 volte al giorno. Grande dimagrimento.
843	153	Id.	Id. c. 21.	9-VI-1902	? 38	Disturbi gastrici da 3 anni e mezzo.
844	154	Id.	Id. c. 22.	23-VI-1902	? 52	Da 3 anni disturbi gastrici. Il 29-VI-01 fu escisa un'ulcera al cardias dalla primavera 1902, di nuovo dist. gastrici.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.	Cicatrice al piloro, che è stira- to in alto ed a destra.	Guarigione. Botto- ne al 15° giorno.	Dopo 4 settimane, bene. Il 17-VII-1901, per recidiva dei dolori, gastroenteroplastica (Bruns' Beit. Bd. 36. Suppl. Hett. S. 94).
v. Hacker. v. Hacker.	Stenosi cicatriziale. Piloro stenosato ed irregolar- mente ingrossato.	Guarigione »	Dopo 3 anni, bene.
v. Hacker.	Cicatrice nella parete posteriore del piloro.	»	
v. Hacker.	Cicatrice fortemente stenosante.	Bottone al 17° giorno. Guarigione	Dopo 3 anni, bene.
v. Hacker.	Adesioni intorno al piloro.	Bottone al 15° giorno Guarigione	Dopo 4 settimane, bene.
v. Hacker.		Bottone in 14ª gior- nata. Guarigione.	
v. Hacker.	Piloro irregolare con peripilo- rite.	Guarigione	Dopo 3 anni, bene.
Wölfler, con bottone di Hildebrand.	Cicatrice al piloro.	»	
Wölfler, con bottone di Hildebrand. v. Hacker.	Ulcera del piloro; stenosi totale.	Bottone in 17ª gior- nata. Guarigione	
v. Hacker. v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	Morte in 19ª gior- nata (polmonite; bot- tone in sito. Ulcera sulla piccola curva- tura e sul piloro). Guarigione	
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	»	
v. Hacker.		Morte in 3ª giorn. per atonia del ven- tricolo.	
v. Hacker.		Guarigione	
v. Hacker.		Diarrea. Bronchite.	
v. Hacker.		Morte improv. in 9ª giornata. Degenera- zione del miocardio.	
v. Hacker.		Guarigione. Botto- ne in 12ª giornata.	
v. Hacker.		Guarigione. Botto- ne in 11ª giornata.	Dopo 2 mesi, bene.
v. Hacker. v. Hacker.	Stenosi cicatriziale. Aderenze fitte; piloro steno- tico, cicatrice nella parete anteriore.	Guarigione »	
v. Hacker. v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	» »	
v. Hacker. v. Hacker.	Stenosi cicatriziale. Cicatrice stellata nella super- ficie anteriore del piloro.	» Riflusso di bile. Guarigione.	
v. Hacker. v. Hacker.	Stenosi cicatriziale. Stenosi cicatriziale.	» Morte dopo 4 gior- ni. Peritonite gener.	
v. Hacker.	Indurimento cicatriziale alla parete inferiore del piloro.	Guarigione	
v. Hacker.	Spessa cicatrice da ulcera al piloro.	Bottone al 9° giorno. Guarigione Bott. al 15° giorno.	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
845	155	Trendel	Bruns' Beitr. Bd. 39, c. 20.	12-VI-1902	? 42	Da nove anni dolori e vomiti.
846	156	Carle	v. nostra casist., c. 83.	22-VI-1902	u. 40	Da 2 anni. Ematemesi. Vomiti, stipsi. Dilatazione gastrica.
847	157	Bastianelli	Polielin. 1903, n. 10, c. 9.	7-VII-1902	u. 36	
848	158	Trendel	Loc. cit. c. 23.	28-VII-1902	? 51	Da circa 20 anni dolori, vomiti; da 4 settimane, vomito più volte al giorno, anche con sangue.
849	159	Id.	Id. c. 25.	30-VII-1902	? 63	Da 2 anni dolori, vomiti; forte dilatazione; ernia epigastrica.
850	160	Id.	Id. c. 27.	1-VIII-1902	? 47	Da 12-15 anni disturbi gastrici; negli ultimi due mesi spesso ematemesi.
851	161	Carle	v. nostra casist., c. 81.	13-IX-1902	u. 31	Da 3 anni inappetenza, pirosi, vomiti, ematemesi; gastrectasia.
852	162	Id.	Id. c. 85.	24-IX-1902	u. 59	
853	163	Id.	Id. c. 86.	18-XI-1902	u. 63	Gastralgie; vomito, talora caffèano. Deperimento.
854	164	Id.	Id. c. 87.	18-XII-1902	u. 28	
855	165	Id.	Id. c. 88.	XII-1902	u. 20	Deperimento gravissimo.
856	166	Id.	Id. c. 89.	27-XII-1902	d. 43	
857	167	Id.	Id. c. 90.	12-III-1903	d. 54	Da anni disturbi gastrici; pirosi, dolori, vomiti.
858	168	Id.	Id. c. 91.	4-IV-1903	u. 47	Da 7 anni dolori, pirosi etc. Da 5, vomiti. Inutili le cure mediche.
859	169	Id.	Id. c. 92.	20-V-1903	u. 27	
860	170	Id.	Id. c. 94.	17-IX-1903	d. 28	Da 6 anni sintomi di ulcera gastrica, con sintomi di stenosi pilorica, che non cedettero alle cure mediche.
861	171	Id.	Id. c. 96.	9-X-1903	u. 35	
862	172	Id.	Id. c. 97.	19-XII-1903	d. 36	Da 3-4 anni dolori, pirosi, vomiti. Dilatazione.
863	173	Id.	Id. c. 98.	5-I-1904	d. 40	
864	174	Jaboulay	Cavaillon, Lyon méd. 1903, n. 2, p. 181.	1903	u. 32	Da 26 anni disturbi gastrici. Sintomi di stenosi pilorica.

PILORO

865	1	Heinecke	Frommüller. Diss. Erlangen 1886.	28-III-1886	d. 34	Da 6 anni sintomi di ulcera gastrica, con sintomi di stenosi pilorica, che non cedettero alle cure mediche.
866	2	Novaro	Contrib. alla Chirurgia dello stomaco. Siena, 1890, c. 3.	11-I-1888	u. 34	Da 7 anni dolori, pirosi etc. Da 5, vomiti. Inutili le cure mediche.
867	3	Id.	Id. c. 5.	30-VI-1888	d. 44	Da molti anni disturbi gastrici. Dolori, vomiti. Tumore all'epigastrio.
868	4	Id.	Id. c. 10.	7-II-1889	u. 35	Da 3 anni disturbi gastrici. Dolori, vomiti, nausea.
869	5	Carle	v. nostra casistica, c. 1.	23-V-1889	u. 43	Da 4 anni disturbi gastrici. Gastralgie, vomito. Deperimento. Ipercloridria.
870	* 6	Senn	New York med. Rec. 1891, Nov.	16-VII-1889	d. 47	Da 10 anni disturbi gastrici; da 3 anni dolori, nausea, vomiti. Dimagrimento.
871	7	Novaro	Loc. cit., c. 11.	17-XII-1889	u. 30	
872	8	Bardeleben	Deut. med. Wochenschrift 1890, n. 35.	5-I-1890	d. 31	Stenosi da ulcera.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti	
	v. Hacker.	Numerose aderenze della regione pilorica col fegato.	Guarigione Bott. al 10° giorno.	
Wölfler.	v. Hacker.	Stenosi cicatriziale. Piloro fisso. Tre placche dure cicatriziali.	Guarigione »	Dopo 40 giorni ann. 8 kg.
	v. Hacker.	Piloro molto ristretto da una cicatrice.	Guarigione Bott. al 17° giorno.	
estirpazione dell'ernia.	v. Hacker.		Guarigione Bott. al 13° giorno.	
	v. Hacker.	Aderenze della regione pilorica col fegato.	Guarigione Bott. al 14° giorno.	
	v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	Guarigione »	
	v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	»	
	v. Hacker.	Cicatrice alla superf. anteriore.	Bottone al 16° giorno Guarigione »	Dopo 15 mesi, bene.
	v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	Bottone al 26° giorno Morte dopo tre settim. per caches- sia.	Dopo 1 anno, bene.
	v. Hacker.	Cicatrice irregolare al piloro, aderenze al pancreas.		
	v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	Guarigione	In un anno, au- mento di 16 Kg.
	v. Hacker.	Stenosi pilorica cicatriziale con peripilorite.	*	
	v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	*	
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	*		
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	*		
v. Hacker.	Stenosi cicatriziale.	*		
v. Hacker.	Cicatrice nella superficie anteriore del piloro.	*		
v. Hacker.	Cicatrice sulla faccia anteriore. Aderenze.	*		
v. Hacker.	Faccia posteriore del piloro indurita, cicatriziale, con peritoneo ispessito ed aderente fortemente alla testa del pancreas.	*		

PLASTICA

Heinecke.	Stenosi cicatriziale da ulcera; forte indurimento del piloro.	Guarigione	Dopo 4 anni, bene.
Heinecke-Mikulicz.	Regione pilorica sede di un in- durimento della grossezza di 1½ uovo di gallina. Aderenze al fegato.	Morte in 5ª gior- nata (emorragia in- terna da lacerazione della mucosa gas- trica).	
Heinecke-Mikulicz.	Piloro occupato da un tumore fibroso aderente al pancreas.	Guarigione	Dopo 18 mesi, bene.
Heinecke-Mikulicz.	Piloro trasformato in un tes- suto di cicatrice. Tumore grosso come un uovo.	»	Dopo 1 anno, bene.
Piloro-plastica escidendo due tratti conici colla base rivolta all'incisione prin- cipale.	Piloro ridotto ad un anello cicatriziale durissimo, da non lasciar passare la punta del mignolo.	»	Dopo 8 mesi, sto- maco continente (bene).
Heinecke-Mikulicz.	Stenosi cicatriziale.	*	
Heinecke-Mikulicz.	Piloro ridotto ad un anello stretto e duro, fisso alla faccia inferiore del fegato.	*	
Heinecke-Mikulicz.		*	Dopo 5 anni, bene.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
873	9	Novaro	Contrib. alla Chir. dello stomaco, c. 13.	20-II-1890	u.20	Da 6-7 anni disturbi gastrici; da 3-4 anni dolori, vomiti, pirosi. Ematemesi, estremo dimagrimento.
874	10	Senn	N. Y. med. Rec. 1891.	XI-1891	u.51	Sintomi di stenosi pilorica.
875	11	Loebker	Verh. deut. Gesellsch. f. Chir. 1892.	1891	u.45	
876	12	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. Bd. 2, c. 17.	23-II-1892	u.49	Da 9 anni gastralgie, vomiti; da 1 anno ematemesi.
877	13	Page	Lancet 1892, July 9.	2-III-1892	u.31	14 anni prima, colpo alla regione epi- gastrica. Dolori, vomiti, dimagri- mento. Dilatazione.
878	14	Carle	v. nostra casistica, c. 2.	2-V-1892	u.36	Da 2 anni disturbi gastrici, disappet- tenza. Eruttazioni acide, peso all'epi- gastrio, poi vomiti. Ipercloridria. Di- grimento.
879	15	Doyen	Traité chir. des affec- tions de l'estomac 1893, c. 1.	9-V-1892	d.35	Vomiti alimentari, ematemesi. Melena; dolori terebranti.
880	16	Id.	Id. c. 2.	23-V-1892	d.55	Vomiti alimentari e sanguinolenti. Ec- tasia notevole. Cachessia.
881	17	Czerny	Dreydorff, Bruns' Beitr. Bd. 11, c. 1.	21-X-1892	d.45	Da 10-12 anni disturbi gastrici; da 4 vomiti, dolori. Dimagrimento. Palpa- bile un piccolo tumore.
882	18	Colzi	Sperimentale 1892.	20-X-1892	u.42	Vomiti dilatazione etc.
883	19	Czerny	Loc. cit., c. 7.	7-II-1893	u.43	Da 6 anni dolori gastrici, vomiti. Gas- tralgie sempre maggiori.
884	20	Mikulicz	Loc. cit., c. 18.	28-VIII-1893	u.48	5 anni fa melena. Vomiti.
885	21	Gould	Lancet 1893, May 20.	1893	?	
886	*22	Zaloziecki	Wien. med. Blätter n. 22.	1893	d.37	
887	*23	Stepinsky	Medycyna 1894, n.28.	1-IV-1894	u.35	9 anni fa, colpo alla regione epigastrica.
888	24	Koehler	Deut. Congr. f. Chir. 1895, Centralbl. f. Chir. 1895.	22-X-1894	u.35	Da 21 anni disturbi gastrici; ripetute ematemesi. Sintomi di stenosi. Dila- tazione. Da 5 mesi nutrizione retale.
889	25	Paci	Policlin. 1895, p. 454.	12-I-1895	d.30	Da 10 anni vomiti, dolori; intervalli di benessere per cura medica; da 27 mesi, dolori, vomiti ed anche ematemesi.
890	26	Mayo Robson	Dis. of the stomach, p. 126.	8-IV-1895	u.22	Da 2 anni disturbi gastrici. Dolori, vomiti; ematemesi. Dimagrimento. Di- latazione.
891	27	Id.	Id. p. 206.	24-I-1895	u.34	Da 5 anni dolori e vomiti, aggravatisi negli ultimi tempi. Ectasia.
892	28	Lauenstein	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 44.	4-III-1895	u.36	
893	29	Mikulicz	Loc. cit., c. 19.	22-V-1895	u.49	Da un anno vomiti caffeani.
894	30	Czerny	Steudel, Bruns' Beitr. Bd. 23, p. 27.	6-VII-1895	u.51	Da 20 anni disturbi gastrici. Vomiti, dolori. Ematemesi. Enorme dilata- zione, ristagno.
895	31	Mikulicz	Loc. cit., c. 20.	2-VIII-1895	d.45	Da 15 anni soffre di ulcera gastrica. Ematemesi, dolori vivi.
896	32	Czerny	Loc. cit., p. 30.	18-X-1895	u.39	Da 6 anni acidità, poi dolori, emate- mesi, vomiti.
897	33	Mikulicz	Loc. cit. c. 6.	12-XII-1895	d.35	Da 6 mesi dolori, vomiti, inappetenza. Ematemesi.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Heinecke-Mikulicz.	Piloro trasformato in uno stretto e lungo cordone fibroso.	Guarigione	
Heinecke-Mikulicz.	Stenosi cicatriziale.	*	
Heinecke-Mikulicz.	Stenosi cicatriziale.	*	Recidiva (v. num. 433).
Mikulicz.	Piloro circolarmente ristretto. Aderenze.	Morte 2 giorni dopo (collasso).	
Heinecke-Mikulicz.	Ispessimento duro, cicatriziale, al piloro.	Guarigione	Dopo 3 anni e 1½, bene.
Heinecke-Mikulicz.	Piloro ristrettissimo per tessuto cicatriziale da antica ulcera.	*	Dopo 2 anni, condizione buona. (Un po' di dilatazione; HCl libero 2 0(00).)
Heinecke-Mikulicz.	Stenosi cicatriziale del piloro: numerose adherenze.	Guarigione	Recidivati i sintomi di stenosi.
Heinecke-Mikulicz.	Stenosi del piloro. Piloro ridotto ad un cordone fibroso grosso come il mignolo.	Morte 12 g. dopo.	
Heinecke-Mikulicz.	Pseudo-membrane sul piloro.	Guarigione	Dopo 6 mesi, bene.
Heinecke-Mikulicz.	Stenosi cicatriziale del piloro.	*	Dopo 3 mesi e 1½, bene.
Heinecke-Mikulicz.	Cicatrice alla piccola curvatura, stenosante.	*	Dopo 3 mesi e 1½ di nuovo dolori e vomiti.
Mikulicz.	Cicatrice nella parete pilorica posteriore. Piloro molto ristretto.	*	Dopo tre anni e mezzo, bene.
Heinecke-Mikulicz.	Stenosi cicatriziale da ulcera.	*	
Heinecke-Mikulicz.		*	
Heinecke-Mikulicz.	Aderenze fra piloro, fegato, duodeno e cistifellea. Cicatrice stellata alla parete anteriore del piloro.	*	
Heinecke-Mikulicz.	Forti adesioni intorno al piloro.	*	
Heinecke-Mikulicz.	Piloro molto ristretto: peripilorite.	*	
Heinecke-Mikulicz, con bobina Robson.	Piloro fortemente stenotico, formante tumore distinto ed aderente al fegato.	*	Dopo 6 mesi, bene.
Id. con bobina Robson.	Stenosi pilorica cicatriziale.	*	
Mikulicz.	Aderenze intorno al piloro, quasi impermeabile.	Morte dopo 45 g. (peritonite da perfor. [sutura]).	
Mikulicz.	Piloro molto ristretto: cicatrice.	Guarigione	Dopo 2 anni, bene.
Heinecke-Mikulicz.	Cicatrice ad anello.	*	Morte 15-11-97 per carcinoma gastrico.
Mikulicz.	Piloro duro, cicatriziale.	*	Dopo 2 anni, bene.
Heinecke-Mikulicz, sezione semilunare; lisi.	Durezza al margine superiore del piloro. Aderenze.	*	Un anno dopo, occorrevano di nuovo lavature.
Mikulicz.	Ulcera della piccola curvatura stenotica il piloro.	Morte tre giorni dopo. Emorragia per corrosione di un ramo dell'arteria cel.	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Età	Durata della malattia Indicazioni
898	34	Morison	Lancet 1895, febr. 16.	1895	d.48	Da 5 anni disturbi gastrici; sintomi tipici di ulc. gastrica. Segni progressivi di stenosi. Dilatazione.
899	35	Czerny	Stendel, Bruns' Beitr. Bd. 23, p. 33.	23-I-1896	u.50	Da 15 anni disturbi gastrici. Passeggieri miglioramenti con cure mediche. Ematemesi. Enorme dilatazione.
900	36	Federighi	Clin. mod. 1897, p. 29.	26-IX-1893	u.50	Da 1 anno disturbi intestinali, poi vomiti e dolori all'epigastrio. Dimagrim.
901	37	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. Bd. 2, c. 7.	16-IV-1896	d.19	Da 2 anni dolori, vomiti; ematemesi.
902	38	Durante	Mattoli, La gastroenter. 1903, p. 286.	16-I-1897	u.34	
903	39	Mikulicz	Loc. cit., c. 10.	12-II-1897	d.32	Da 6 mesi disturbi gastrici; dolori, vomito. Dimagrimento.
904	40	Garré	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 419, c. 6.	14-V-1897	u.41	Da due anni, disturbi gastrici; vomito, ritenzione.
905	41	Mayo	Dis. of the stomach p. 125.	24-V-1897	u.39	Negli ultimi 18 mesi, dolori, vomiti, ematemesi. Dilatazione.
906	42	Robson	Nord. med. Ark. 1900, c. 11.	6-VII-1897	u.56	Da 5-6 anni dolori pirosi, vomiti. Dilatazione.
907	43	Nicolaysen	Kausch, Mitt. a. d. Grenz. Bd. 4, c. 23.	12-VII-1897	u.46	Da 2 anni dolori, vomiti.
908	44	Mikulicz	Loc. cit. p. 126.	12-VII-1897	d.46	20 anni fa ulcera gastrica, dolori, dimagrimento. Da 3-4 mesi vomito. Dilatazione.
909	45	Mayo	Kausch, loc. cit., c. 22.	27-VII-1897	u.37	Da 14 mesi, grave insufficienza meccanica. Dolori, vomiti, melena.
910	46	Robson	Loc. cit., p. 419, c. 7.	2-XI-1897	d.65	Da anni dolori gastrici; da 8 mesi dimagrimento, vomiti.
911	47	Garré	Id. p. 419, c. 5.	17-XI-1897	d.59	Da 15° anno disturbi gastrici; a 20 anni ematem. Da 6 mesi, ematem. Dimagr. Tumore all'epigastrio (carcinoma?).
912	48	Id.	Mattoli, loc. cit., p. 287.	30-XI-1897	u.45	
913	49	Durante	Boll. sc. med. Bologna 1899, c. 14.	2-XII-1897	d.49	Da un anno dolori, vomiti, nausea, ematemesi.
914	50	Codivilla	Kausch, loc. cit., c. 24.	22-III-1898	u.29	Da 4 anni dolori, vomiti.
915	51	Mikulicz	Loc. cit., p. 420, c. 8.	8-X-1898	u.61	Da 10 anni eruttazioni, talora vomiti. Da 3 anni dolori, melena.
916	52	Garré	Dis. of the stomach p. 125.	18-IX-1898	u.52	Da 20 anni dispepsia; negli ultimi anni, dolori e vomiti.
917	53	Mayo	Martin, Lyon méd. 1898, n. 31.	1898	u.30	Da tempo sintomi d'ulcera, poi di stenosi,
918	54	Robson	Brit. med. journal 1898, July.	1898	u.27	Da 5 anni sintomi di ulcera.
919	55	Page	Loc. cit.	1898	u.?	
920	56	Jaboulay	Loc. cit.	1898	u.?	
921	57	Chamisso	Stich, p. 420, c. 9.	12-I-1899	d.51	Da 20 anni vomiti. 9 anni fa ematemesi. Dolori ripetuti, dimagrimento; vomiti abbondanti.
922	58	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 18.	14-II-1899	u.52	Da 20 anni disturbi gastrici; inappetenza ecc.
923	59	Parker	Brit. med. journal 1899, April.	1899	u.25	

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Heinecke - Mikulicz.	Piloro quasi impermeabile.	Guarigione	
Heinecke - Mikulicz. Lisi.	Piloro fissato da adesioni alla superficie inferiore del fegato. Cicatrice.	"	Dopo 2 anni, bene.
Heinecke - Mikulicz.	Ispessimento del piloro; cicatrice.	"	
Pilorooplastica, gastroplastica e cauterizzazione dell'ulcera.	Ulcera della parete posteriore penetrante nel pancreas. Stomaco a c'ec'idra e stenosi pilorica.	"	Dopo 6 mesi, recidiva.
Heinecke - Mikulicz.		"	Dopo 3 mesi, recidiva.
Pilorooplastica, ed escisione dell'ulcera.	Ulcera di media grossezza nella parete anteriore del piloro, molto stretto.	"	Dopo 5 mesi, bene.
Heinecke - Mikulicz.	Stenosi cicatriziale.	"	
Pilorooplastica con bobina Robson.	Ulcera molto profonda, stenosi estrema.	"	Dopo 1 anno, bene.
Heinecke - Mikulicz.	Al piloro durezza cicatriziale estesa 2 cm.	"	
Mikulicz.	Cicatrice circolare da vasta ulcera estendentesi sulla piccola curvatura.	Morte il 28-11-97; peritonite.	
Pilorooplastica, con bobina Robson.	Ispessimento al piloro.	Guarigione	Dopo 7 mesi, bene.
Mikulicz.	Cicatrice circolare al piloro.	"	Dopo 1 anno, bene, Aumentò 12 Kg.
Heinecke - Mikulicz.	Piloro duro, ispessito; aderenze alla piccola curvatura. Durezza estesa come un pezzo da cinque marchi.	"	Dopo 5 anni e 1½ bene. (Dolori da colelitiasi)
Heinecke - Mikulicz.	Stenosi cicatriziale; grossa ulcera alla piccola curvatura.	Ematemesi Guarigione	Dopo anni 5 1½, bene.
Heinecke - Mikulicz.		"	Dopo 15 giorni vomiti, dolori, ematemesi.
Heinecke - Mikulicz.	Cicatrice alla parte postero-superiore del piloro.	Vomito biliare ripet. Guarigione.	Dopo 1 anno, bene.
Mikulicz.	Cicatrice nella parete posteriore del piloro.	"	Dopo 1 anno, miglioramento (due recidive).
Heinecke - Mikulicz.	Cicatrice anulare al piloro, fissato verso il fegato ed il colon trasverso.	"	
Pilorooplastica con bobina di Robson.	Stenosi del piloro.	"	Dopo 2 anni e 1½, bene.
Heinecke - Mikulicz.	Stenosi cicatriziale da ulcera.	"	Dopo 1 mese, bene.
Heinecke - Mikulicz.	Piloro molto ristretto da cicatrice e stirato da aderenze verso il fegato.	"	
Heinecke - Mikulicz.		Morte dopo 3 settimane per gangrena polmonare. - Piloro permeabile.	
Heinecke - Mikulicz.	Piloro molto vicino al cardias. Stomaco raggrinzato; aderenze.	Guarigione	Dopo 4 anni, bene.
Heinecke - Mikulicz.	Cicatrice circolare al piloro.	"	Dopo 3 mesi recidiva.
Heinecke - Mikulicz, con bobina Robson.	Cicatrice circolare al piloro.	"	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
923	59	Mayo Robson	Dis. of the stomach 1901, p. 114.	15-XI-1900	u.38	Da 12 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti, poi ematemesi.
924	60	Schloffer	Bruns' Beitr. Bd. 32, c. 5.	24-I-1901	d. ?	Da 7 anni ulcera gastrica. Dimagri- mento. Ematemesi, dolori.
925	61	Id.	Id. c. 19.	7-III-1901	d.35	Da tempo disturbi gastrici, recente- mente peggiorati; vomiti.
926	62	Krause.	Bruns' Beitr. Bd. 41, p. 561, c. 7.	21-I-1903	u.19	Da tre mesi gastralgie, vomiti, ema- temesi.
927	63	Mansell Moullin	Lancet 1904, vol. 1, c. 14.	X-1903	u.30	Dolori e vomiti da tempo; 6 gior. prima, ematemesi; nessun vantaggio dalla dieta.
928	64	Id.	Id. c. 16.	X-1903	d.30	Da 5 anni dolori, ematemesi, vomiti.
929	—	Carle	v. nostra casistica, c. 3.	21-IX-1893	d.51	Da qualche anno dolori, senso di peso, talora vomiti. Da un anno vomito quasi quotidiano. Ematemesi.

Gastro-duode

930	1	Carle	v. nostra casistica, c. 6.	7-II-1895	d.37	Da 14 anni; gastralgie, vomiti, erutta- zioni acide. Gastrosuccorea. Ristagno.
931	2	Bramann	Sachtleben, Inaug. Diss. Halle 1901, c. 16.	28-V-1895	u.30	Da 4 anni.
932	3	Id.	Id. c. 17.	3-VIII-1895	u.38	Da 18 mesi.
933	4	Mikulicz	Kausch, Mitt. a. d. Grenzgeb. Bd. 4, c. 10; Hentle, Cent. f. Chir. 1898.	24-V-1898	u.25	Da un anno. Dolori, ectasia, vomiti.
934	5	Garré	Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 425, c. 20.	1-VI-1900	u.55	Da anni inappetenza, vomiti. Stipsi; dilatazione.
935	6	Tennant	Mitchell, Lancet 1903, vol. 2, p. 591, c. 12.	11-VII-1902	d.48	Da 3 anni disturbi gastrici: ematemesi, dolori, vomiti, dilatazione.
936	7	Krause	Maragliano, Bruns' Beitr. Bd. 41, p. 561, c. 6.	16-I-1903	u.34	Da 5 anni disturbi da ulcera; cure mediche inutili.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Escisione e piloroplastica.	Piloro ispessito aderente alla cistifellea, fegato e parete addominale. Un'ulcera nella parete anteriore ed una nella posteriore del piloro.	Guarigione	Dopo 2 mesi, bene.
Heinecke - Mikulicz.	Cicatrice al piloro.	"	
Heinecke - Mikulicz.	Cicatrice circolare al piloro.	"	Dopo 4 mesi, bene.
Heinecke - Mikulicz.	Restringimento evidente cicatriziale al piloro.	"	
Heinecke - Mikulicz.	Piloro ispessito, contratto e fissato da aderenze.	"	
Heinecke - Mikulicz.	Cicatrice al piloro.	"	Residuo qualche nausea.

Divulsione digitale Hahn.	Cicatrice stellata nella parete posteriore dello stomaco vicino al piloro.	Guarigione	In seguito, qualche dolore usando cibi grossolani.
---------------------------	--	------------	--

nostomia.

Gastro-duodenostomia anteriore con bottone di Murphy.	Stenosi cicatriziale di alto grado. Piloro ridotto ad un anello duro, irregolare.	Guarigione	Morte 20 mesi dopo per rottura del ventricolo (ulcera?) Svuotamento incompleto.
Retrocolica posteriore.	Piloro stirato a destra, aderente al fegato, omento e colon.	"	Dopo 3 mesi, bene.
Retrocolica posteriore.	Aderenze fra stomaco e duodeno.	Vomiti frequenti	Morte nel 1897.
Anastomosi fra stomaco e duodeno a 5 cm. dal piloro.	Ulcera della piccola curvatura. Piloro fortemente fissato e stirato. (Stenosi a causa delle aderenze).	Guarigione	
Il primo terzo del duodeno, col suo lato destro, suturato alla porzione prepiorica del ventricolo.	Piloro permeabile ad una sonda.	Morte dopo 2½ ore. Tubercolosi polmonare.	
Anastomosi con la prima porzione del duodeno.	Adesioni fra omento e prima porzione del duodeno; indurimento della parete posteriore del piloro.	Guarigione	Dopo 4 mesi e 1½. bene.
Gastro-duodenostomia laterale secondo Kocher.	Stomaco molto dilatato. Al piloro un tumore grosso come una mela, formato da tessuto cicatriziale. Fondo facilmente stirabile a sinistra.	Morte al 5º g. Embolia polmonare. Nello stomaco, ulcera alla piccola curvatura nel punto in cui la mucosa dello stomaco passa in quella del duodeno.	

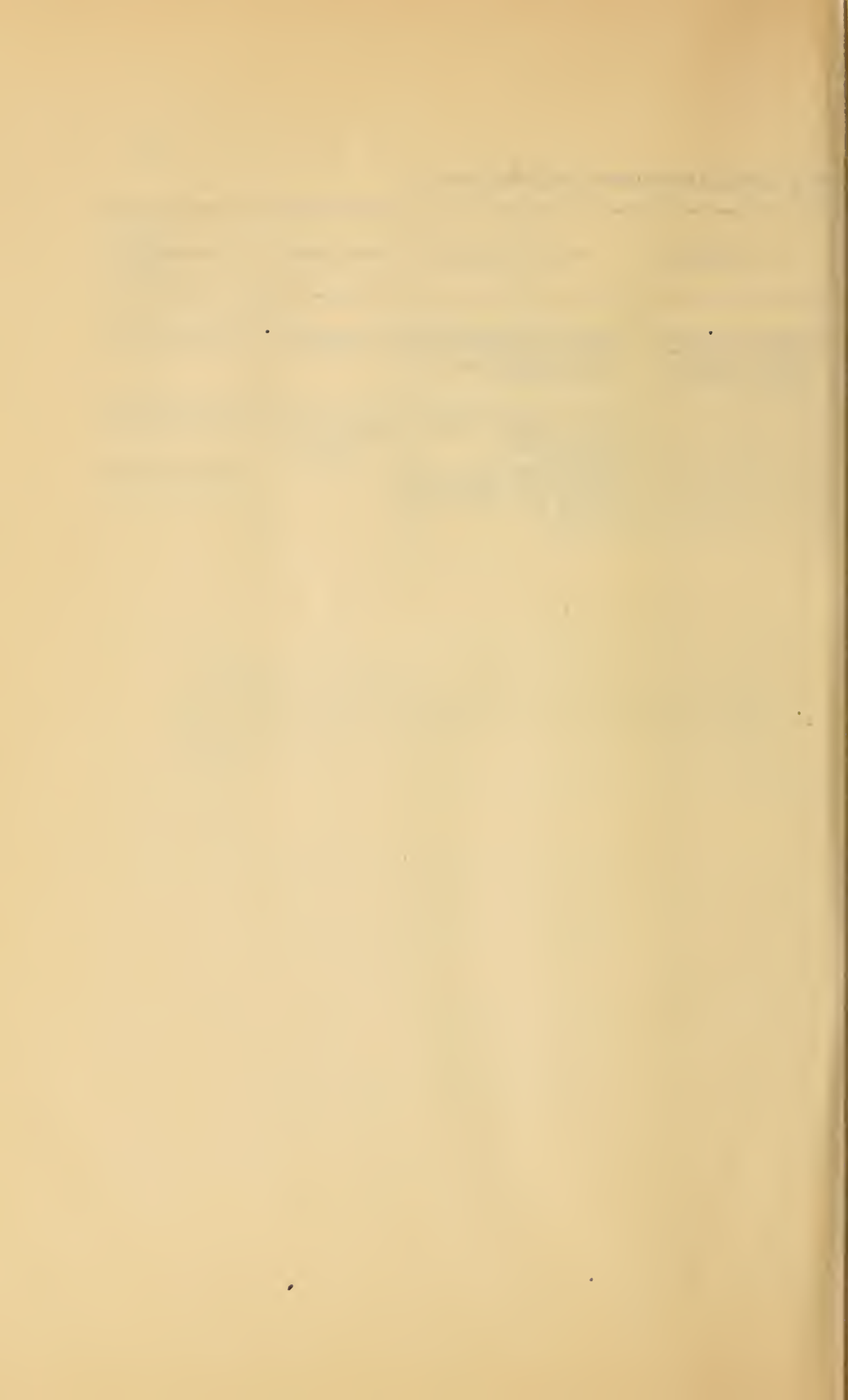
Gastro-enterostomia

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
937	1	v. Eiselsberg	v. Langenbeck's Archiv Bd. 50, p. 926.	2-VII-1894	u.62	Da 15 anni disturbi gastrici; da 3 anni vomiti, dolori, dimagrimento. Resistenza nella regione pilorica.
938	2	Id.	Id. p. 928.	5-VII-1894	u.56	Da 10 anni disturbi gastrici; da 5 anni vomiti, dolori. Da un anno e 1/2 ematemesi. Resistenza dura nella regione pilorica.
939	3	Id.	Id. Bd. 54, p. 584.	7-VI-1896	d.49	Da 7 anni disturbi gastrici. Tre volte ematemesi. Miglioramenti con lavature, poi sintomi di stenosi. Dilatazione. Palpabile una resistenza estesa come uovo di piccione.

Nota durante la correzione. — Alcuni casi del Ceccherelli pubblicati dal Gherardi («Clinica Chirurgica» 1900) non sono compresi nella statistica, per ommissione durante la prima composizione delle tabelle [un caso di G. E. Hacker per ulcera in atto; una piloroplastica, 3 G. E. Hacker, e 2 G. E. Doyen per stenosi cicatriziale. Guarigione].

ed esclusione del piloro.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Wölfler. Sezione del ventricolo medialmente al tumore e chiusura delle due superfici di sezione.	Al piloro, tumore grosso come mela, duro, bernoccolato, posteriormente fisso (al pancreas, alla porta hepatis).	Guarigione	Dopo 1 anno, bene.
Id.	Tumore avvolgente il piloro, fisso al pancreas ed alla colonna vertebrale.	Leggiera reazione peritoneale. Guarigione	Dopo 10 mesi, bene.
Id.	Stomaco molto dilatato. Tumore pilorico intimamente aderente al pancreas posteriormente.	»	Dopo 6 mesi, bene.



III.

TRATTAMENTO CHIRURGICO
dello
STOMACO A CLESSIDRA DA ULCERA

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sexo - Età	Durata della malattia Indicazioni
940	*1	Doyen	Verhandl. d. d. Ge- sellsch. f. Chir. 1895.	1892	?	
941	2	Id.	Trait. chir. d. affect. de l'estomac 1895.	25-I-1893	d.40	Sintomi di stenosi pilorica ed intol- leranza gastrica. Dolori terebranti sopra ed a sinistra dell'ombelico. Piloro sano.
942	*3	Courmont	Lyon médical 1895, n. 39.	1895	d. ?	Sintomi di ulcera gastrica, poi di ste- nosi pilorica.
943	4	Mikulicz	Mitt. a. d. Grenzgeb. 1897, c. 8.	22-V-1896	d.43	Da 10 anni dolori, vomiti, diarrea.
944	5	v. Eiselsberg	v. Langenbeck's Arch. Bd. 54, p. 602.	6-VI-1896	d.33	Da giovane, spesso dolori gastrici; vo- miti, dolori.
945	*6	Jaboulay	Arch. prov. de chir. 1896.	1896	?	
946	*7	v. Eiselsberg	Arch. f. klin. Chir. Bd. 59.	1896	?	
947	8	Cheyne	Lancet 1898, v. 1, p. 785.	1897	d.46	Sintomi di ulcera gastrica senza emor- ragie, poi segni di stenosi pilorica. Diagnosi di stomaco a clessidra.
948	9	Garré	Stich, Bruns' Beitr. Bd. 40, c. 11.	14-III-1898	d.31	Da 11 anni disturbi gastrici; da 1 anno peggioramento. Ristagno.
949	10	Id.	Id. c. 12.	12-VII-1898	d.64	Da molti anni dolori gastrici; talora vomito. Dolori ora molto vivi.
950	*11	Unge	Hygiea, 1898.	1898	d.22	Da due anni ematemesi.
951	*12	v. Eiselsberg	Loc. cit., Bd. 59.	1898	?	
952	13	Id.	Id.	1898	?	
953	14	Id.	Id.	1898	d. ?	
954	15	Id.	Id.	1898	d. ?	
955	16	Id.	Id.	1898	d. ?	Lo stesso caso operato 4 mesi prima.
956	*17	Unge	Hygiea, 1898.	1898	?	
957	18	Cumston	New York med. journ. 1899.	1898	?	
958	19	Bier	Asbeck, Diss. Kiel, 1898.	1898	d.51	Da 10 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti; mai emetemesi.
959	20	Mayo Robson	Lancet 1904, n.1, c. 1.	18-V-1899	d.45	Ammalata da 9 anni. Vomito.
960	21	Id.	Id. c. 2.	6-V-1899	d.26	Ammalata da 15 anni: vomiti; emate- mesi.
961	22	Id.	Id. c. 3.	20-VII-1899	d.23	Da 2 anni vomito e dolori.

PLASTICA

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Gastroplastica.		Guarigione	Dopo 3 anni, bene.
Gastroplastica.	Forte stenosi cicatriziale; stomaco torto, piloro libero.	»	
Gastroplastica.		»	
Termo-cauterizzazione dell'ulcera e gastroplastica.	Ulcera della piccola curvatura.	»	Giugno 1897, bene.
Gastroplastica.	Cicatrice circolare; grosso stomaco cardiace.	»	Dopo 6 mesi, bene.
Gastroplastica.	Stenosi molto stretta nel terzo pilorico. Le due estremità dilatate; cicatrice vicino alla piccola curvatura. Aderenze al fegato.	»	
Gastroplastica.	Ulcera estesa alla grande curvatura, vicino al fondo; aderenze alla parete addominale anteriore.	»	Dopo 9 mesi, recidiva dei sintomi.
Gastroplastica.	Le due metà dello stomaco comunicano per una stretta apertura.	»	
Gastroplastica.		»	Dopo 1 anno, bene.
Gastroplastica.	Stenosi permeabile per la punta di un dito, con diffuse aderenze ed infiltrazione. Probabile antica perforazione.	»	
Gastroplastica.	Restringimento a 8 cm. dal piloro.	»	
Gastroplastica.	Stenosi che permette il passaggio al piccolo dito, nel terzo pilorico dell'organo; aderenze al fegato e pancreas; ascesso perigastrico.	Morte 10 ore dopo.	
Gastroplastica e digiunostomia.	Stenosi nel mezzo dello stomaco. Aderenze alla parete addominale e fegato. Erosione del pancreas per ulcera in atto.	Morte 12 ore dopo.	
Gastroplastica.	Stenosi permeabile al mignolo nel terzo pilorico dello stomaco.	Guarigione	Dopo 9 mesi, recidiva.
Gastroplastica.	Stenosi circolare più vicino al cardias che al piloro.	»	Recidiva dei sintomi.
Gastroplastica.		»	
Gastroplastica.	Stenosi circolare a 10 cm. dal piloro. Aderenze.	»	
Gastroplastica.	Stenosi all'unione del terzo medio e terzo inferiore. Aderenze.	»	Dopo 8 mesi, bene.
Gastroplastica.	Ulcera vicino alla piccola curvatura. Sacca cardiaca molto dilatata.	»	
Id. con bobina di osso decalcificato.	Stenosi nel mezzo dello stomaco. Più larga la parte cardiaca.	»	
Id. Id.	Stomaco trilobulare.	»	Dopo 2 mesi, bene.
Id. Id.	Stenosi a due dita dal piloro.	»	Nel settembre 1899, bene.

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
962	23	Mayo Robson	Lancet 1904, n. 1, c. 4.	28-VII-1899	d.48	Da 20 anni disturbi gastrici; da 2 anni ematemesi.
963	24	Id.	Id. c. 5.	9-IX-1899	d.52	Ammalata da 26 anni, vomito da un anno; dilatazione.
964	25	Id.	Id. c. 6.	5-X-1899	d.36	Da 10 anni disturbi gastrici: dolori, vomito.
965	26	Morse	Lancet 1899.	V-1899	u.60	Dolori da 20 anni.
966	27	v. Eiselsberg	Arch. f. klin. Chir. Bd. 59.	1899	?	
967	28	Gillivray	Scott. med. journ. 1899.	1899	d.24	Da anni disturbi gastrici; dolori, vomiti. Un'emat., collasso, sint. di perfor.
968	29	Mayo Robson	Loc. cit., c. 7.	21-III-1900	d.27	Da 8 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti.
969	30	Id.	Id. c. 8.	22-III-1900	d.29	Da anni disturbi gastrici; vomiti, ematemesi e melena.
970	31	Id.	Id. c. 9.	24-II-1900	d.18	Segni di dilatazione gastrica.
971	32	Id.	Id. c. 11.	7-VI-1900	u.44	Segni di ulcera gastrica da 23 anni, con intervalli buoni. Ematemesi.
972	33	Id.	Id. c. 15.	2-IV-1901	d.30	Da 7 anni dolori; forte dilatazione.
973	34	Id.	Dis. of. the stomach, p. 192.	24-I-1901	u.45	Dolori, vomiti, dimagrimento. Dilatazione.
974	35	Garré	Bruns' Beitr. Bd. 40, c. 15.	15-III-1901	d.38	13 anni fa ematemesi; attualmente dolori, dimagrimento, ematemesi.
975	36	Mayo Robson	Dis. of. the stomach, c. 18.	1901	u.55	Da 16 anni disturbi gastrici. 5 anni fa ematemesi; ora dolori, dilatazione.
976	37	Gilford	Congr. med. inglese 1902. Zentrbl. f. Chir. 1903, p. 1077.	1902 (?)	d.22	
977	38	Id.	Id.	1902 (?)	?	
978	39	Id.	Id.	1902 (?)	?	
979	40	Elder	Annals of surgery 1902.	1902	d.41	Da 14 anni disturbi da ulcera gastrica. 12 anni fa ematemesi, poi sintomi di stenosi.

R E S E

980	1	Zeller	Centrabll. f. Chir. 1894.	1893	?
981	2	Schulz	Münch. med. Wo- chenschr. 1898, p. 398.	1898	d.50
982	3	Krause	Zentralbl. f. Chir. Id. 1903, p. 58.	1902	u.41

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Gastroplastica su bobina di osso decalcificato.	Stenosi fra il terzo medio e il terzo inferiore dello stomaco.	Guarigione	Dopo 1 anno dolori. 24-1-1901: gastrolisi e G. E. Maggio 1903, bene. XII-1903, bene.
Id. Id.	Costrizione al centro dello stomaco. Cavità cardiaca molto dilatata.	»	
Id. e piloroplastica.	Adesioni. Lunga cicatrice. Altra cicatrice al piloro.	Morte dopo 8 giorni, per perforazione del piloro (Gastrografia inutile).	
Gastroplastica.	Grande sacca cardiaca; aderenze.	Guarigione	
Gastroplastica.	Stenosi che permette il passaggio di un dito; cicatrice circolare; aderenze al fegato.	»	
Gastroplastica.	Ulc. perforata vicino alla piccola curv.; stomaco a clessidra.	»	
Gastroplastica con bobina di osso decalcificato.	Restringimento a tre pollici dal piloro.	»	XII-1903, bene.
Id. Id.	Ulcera nella parete anteriore a tre pollici dal piloro.	»	
Id. Id.	Ulcera a quattro dita dal piloro.	»	XII-1903, bene.
Id. Id.	Cicatrice nella parete anteriore. Più larga la cavità cardiaca.	»	
Id. Id.	Stenosi ad un dito dal cardias.	»	
Id. Id.	Cicatrice alla piccola curvatura, più vicino al cardias.	»	
Gastroplastica e piloroplastica.	Stenosi non grave alla grande curvatura. Stenosi cicatriziale al piloro.	»	
Gastroplastica.	Aderenze; stenosi verso la parte pilorica, molto stretta.	»	
Gastroplastica.	Tre sacche, la terza estendentesi dalla piccola curvatura al fegato, probabilmente derivata da perforazione di un'ulcera in questo punto.	Morte un mese dopo. Ematemesi in-frenabile.	
Gastroplastica.		Guarigione	
Gastroplastica.		»	
Gastroplastica (e resezione del cordone).	Dalla parte ristretta parte un cordone grosso come un dito, che conduce a destra alla parete addominale.	»	

ZIONE

Resezione della cicatrice.	Stomaco a clessidra da cicatrice di ulcera guarita.	Morte per peritonite da perforazione di altra ulcera.
Resezione della parte stenotica e sutura.	Stenosi di alto grado.	Guarigione
Resezione della parte malata e riunione con sutura.	Forte contrazione a clessidra per ulcera infiltrata alla piccola curvatura.	Guarigione

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
------------------------	------------------------	-----------	----------------------	-------------------	-------------	--------------------------------------

Resezione e

983	1	Krukenberg	Schmid-Monnard Münch. - med. Wo- chenschr. 1893.	1892	d.33	Magrissima; gravi ematemesi.
984	2	Bier	Asbeck, Diss. Kiel. 1898.	1898	d.56	Da 10 anni disturbi gastrici; tumore all'epigastro.
985	3	Id.	Id. Id.	1898	d.39	Dalla fanciullezza disturbi gastrici; vomiti, dolori.

Gastrectomia

986	1	Bussola	Tribuna med. 1902.	20-V-1902	d.16	Otto anni fa dolori, poi nausea e vomito; tre mesi fa ematemesi; denutrizione. Diagnosi di stenosi pilorica cicatriz.
-----	---	---------	--------------------	-----------	------	---

GASTROANA

987	1	Wölfler	Bruns' Beitr. Bd. 13.	27-V-1894	d.36	Da 14 anni disturbi gastrici; vomiti, dolori. Estremo dimagrimento.
988	2	v. Eiselsberg	v. Langenbeck's Arch. Bd. 50, p. 922.	25-X-1894	d.28	Sintomi di stenosi pilorica con emate- mesi. Tumore duro nella regione ga- strica.
989	3	Lauenstein	Munch. med. Wo- chenschr. 1896, n. 21.	24-XII-1895	d.43	
990	4	Watson	Boston med. journal 1896.	1895	u. ?	
991	*5	v. Eiselsberg	v. Langenb. Arch. Bd. 59.	1898	d. ?	Già operata due volte di gastropla- stica. 13 e 9 mesi fa recidivata.
992	6	Hochenegg	Wiener klin. Wo- chenschr. 1898.	1898	d. ?	
993	7	Mitchell	Lancet 1903, vol. 2, p. 583, c. 1.	27-XI-1900	d.29	Da 14 anni sintomi di ulcera gastrica; ematemesi anche 4 settimane fa.
994	8	Id.	Id. c. 2.	4-IV-1901	d.34	Da circa 15 anni segni di ulcera ga- strica; ematemesi; dolori, vomiti ecc.
995	9	Id.	Id. c. 3.	18-III-1901	d.41	Da 26 anni disturbi gastrici.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
------------------	----------------------	----------------	--------------

gastroplastica

Gastroplastica, previa escisione della parte ispessita.	Cicatrice nella superficie anteriore.	Guarigione	
Escisione e gastroplastica.	Ulcera nella parete anteriore tra le curvature, che col raggrinzamento ha causato lo stomaco a clessidra.	*	
Gastroplastica, escisione del tumore (ecchia ulcera rotonda).	Tumore del volume di un uovo di gallina aderente alla parete addominale.	*	

anulare.

Gastrectomia anulare.	Aderenze fra lo stomaco ed il fegato; solco strozzante duro, occupante quasi tutto il diametro trasverso della faccia posteriore dello stomaco, con aderenze al pancreas.	Guarigione	
-----------------------	---	------------	--

STOMOSI.

Metodo Wölfler.	Infiltrazione nella piccola curvatura, per 2/3 di essa verso il cardias, con retrazione cicatriziale, traente la grande curvatura.	Guarigione	Dopo 2 mesi, bene.
Id.	Cicatrice da vecchia ulcera, formante tumore che divideva lo stomaco in due parti e presentava vaste aderenze.	Morte il 2° giorno; peritonite da perforazione avendo passati i fili nell'area indurita.	
Id.	Masse cicatriziali fissano la piccola curvatura alla superficie inferiore del lobo sinistro del fegato.	Guarigione	Dopo 3 mesi, bene.
Metodo Watson.	Stenosi all'unione del terzo medio col terzo inferiore in conseguenza di vecchia ulcera.	*	Dopo 6 mesi, bene.
Metodo Wölfler.		*	Ritorno dei sintomi dopo 2 mesi.
Id.	Stenosi all'unione della parte media pilor., perm. al mignolo. Sacca cardiaca molto estesa.	*	
Id.	Aderenze; cicatrice da ulcera nella porzione ristretta; tra le due sacche, non passa il dito.	*	Dopo 2 anni e 1/2, bene.
Id.	Aderenze col fegato abbastanza intime. Ulcera nel punto del restringimento.	Morte dopo 2 ore in collasso.	
Id.	Stomaco a clessidra ben marcato; passa appena la punta del mignolo.	Guarigione	11 mesi dopo, bene.

CIV

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
996	10	Robson	Dis. of. the stomach 1901, p. 192, c. 16.	III-1901	d.28	Da 5 anni sintomi di ulcera gastrica; miglioramenti; presentemente, dolori e vomiti.
997	11	Mitchell	Lancet 1903, vol. 2, c. 6.	5-X-1902	d.38	Disturbi gastrici da 16 anni; negli ultimi tre anni dolori vivi e vomiti; dilatazione. Diagnosi facile.
998	12	Schwarz	Mitt. a d. Grenzgeb. 1900, Bd. 5, c. 13.	3-I-1896	d.30	Da 5 anni dolori; vomiti; ematemesi.

Gastroanasto

999	1	Zeidler	Bolnits. Gasetta 1899, n. 1.	1898	d.33	Sintomi di ulcera da 5 anni. Dolori, vomiti, ematemesi. Tumore nella regione epigastrica.
1000	2	Adlercreutz	Hygiea 1900, n. 9.	1900	?	

Gastroanastomosi

1001	1	Kehr	v. Langenbeck's Archiv Bd. 58, p. 682.	16-X-1898	d.50	Operata nel 1892 di escisione di ulcera al piloro; da 4 anni dolori, vomiti (v. num. 7).
1002	2	Moynihan	Lancet 1903, vol. 2, p. 388.	29-XI-1902	d.27	9 anni fa improvvisamente ematemesi; poi vomiti talora con sangue. Recentemente vomiti e dolori più intensi. Diagnosi di stomaco a clessidra.

Gastro-enterostomia

1003	1	Körte	v. Langenbeck's Arch. Bd. 63, c. 23.	20-VII-1896	d.34	Da 16 anni dolori, vomiti.
1004	2	Bramann	Sachtleben, Diss. Halle 1901, c. 21.	9-VI-1897	a.32	Da 6 anni; ectasia.

Metodo operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
Metodo Wölfler, e sezione di qualche aderenza.	Sacca cardiaca molto dilatata: verso il mezzo dell'organo una stenosi con indurimento e molte adesioni.	Guarigione	
Metodo Wölfler.	Sacca pilorica piccola, cardiaca grande con aderenze. Impossibile passare col dito attraverso la stenosi.	»	Dopo 1 anno, bene.
Id.	Grande stomaco cardiaco; aderenze di questo col diaframma e della sacca pilorica col fegato.	»	Dopo 10 giorni, intensi dolori. Si escidono e cauteriz. aderenze. Dopo tre anni, ancora dolori acuti (v. num. 33).

mosi ed escisione.

Escisione e sutura; gastro-anastomosi.	Ulcera della piccola curvatura aderente al fegato e strozzante il ventricolo per la cistatrice.	Guarigione	
Resezione elittica della parete anteriore del ventricolo e della parete addominale. Gastroanastomosi.	Ulcera perforante della parete anteriore, nella porzione pilorica, con infiltrazione del m. retto addominale. Stomaco a clessidra.	»	

gastro-enterostomia.

Gastro-anastomosi; al di sotto gastro-enterostomia. Si asporta la cistifellea calcolosa.	Infiltrazione alla piccola curvatura, dove la parete gastrica non è alta più di 3 centimetri. Stomaco cardiaco più ampio.	Morte 24 ore dopo, per emorragia dall'ulcera gastrica.	
v. Hacker fra la 2 ^a sacca ed il digiuno. Gastroanastomosi fra prima e seconda sacca. Divulsione della stenosi tra 2 ^a e 3 ^a sacca.	Stomaco trilobulare da cicatrizzazione di ulcera gastrica.	Guarigione	

senza bottone.

Wölfler.	Stenosi nel mezzo dello stomaco.	Vomito, 25 g. dopo, E. A. Guarigione.	Dopo 3 anni e 11 ² bene.
Brenner.	Masse fitte tumorisimili di tessuto cicatriziale, che nella regione pilorica separano 115 dello stomaco a forma di clessidra. Infiltrazione di tutta la parete posteriore.	Morte dopo 12 g. (peritonite da perforazione ed emorrag. gastrica. Parecchie ulcere hanno sanguinato. Una è perforata nel fegato).	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
1005	3	Nicolaysen	Nord. med. Arkiv 1900.	8-IX-1897	d.56	Da 24 anni sintomi di ulcera con ematemesi ripet.; dispepsia, dolori ecc.
1006	4	Bramann	Sachtleben, Diss. Halle 1901, c. 22	11-XII-1897	d.34	Disturbi da 4 anni.
1007	5	Tuffier	Bull. et mem. d. soc. de Chir. Paris 1897.	1897	?	
1008	6	Hartmann	Terrier et H., Chir. de l'estomac 1899, p. 160.	13-III-1898	u.44	Da 1 anno vomiti, dolori.
1009	7	v. Eiselsberg	Arch. f. klin. Chir. Bd. 59.	1898	d.?	Già operata 12 mesi fa di gastroplastica; da 3 mesi recidiva (v. n. 953).
1010	8	Garre	Stich. Bruns' Beitr. Bd. 40, p. 424, c. 17.	13-VII-1899	d.29	Da tre anni dolori e ripetute ematemesi.
1011	9	Robson	Lancet 1904, vol. 1, c. 10.	30-IV-1900	d.?	Da 15 anni segni di ulcera gastrica. Emaciazione estrema.
1012	10	Id.	Id. c. 12.	12-X-1901	u.52	Da tre anni dolori, vomiti; forte dilatazione.
1013	11	Id.	Id. c. 13.	5-XI-1900	d.25	Da tre anni vomiti, dolori.
1014	12	Id.	Id. c. 14.	6-XII-1900	u.53	Da 2 anni dolori; vomiti negli ultimi tempi. Non dilatazione.
1015	13	Id.	Dis. of. the stomach 1901, p. 120.	12-X-1900	u.22	Da tre anni ulcera; recidiva dopo cura medica. Dimagrimento, dilatazione.
1016	14	Pollard	Brit. med. journ. v. 2, 1900.	1900	?	
1017	15	Mattoli	La gastro-enterostomia 1903, oss. 14.	17-XII-1900	d.58	Da anni gastralgie. Vomiti, da 4 mesi più gravi.
1018	16	Robson	Lancet 1904, vol. 1, c. 17.	24-X-1901	d.29	Da 10 anni dolori, vomiti.
1019	17	Mattoli	Loc. cit. oss. 18.	24-X-1901	d.55	Da 14-15 anni dolori, poi vomiti. Il dolore si sposta da sinistra a destra a seconda del tempo decorso dal pasto.
1020	18	Robson	Loc. cit. c. 4.	24-I-1901	d.49	Già operata il 28-VII-1899 di gastroplastica. Dopo un anno, dolori (vedi num. 962).
1021	19	Id.	Loc. cit. c. 18.	7-III-1902	d.?	Da 2 anni dolori, vomiti; dilatazione.
1022	20	Mitchell	Lancet 1903, v. 2, p. 589, c. 4.	25-IV-1902	u.32	Da anni disturbi gastrici; dilatazione; ematemesi.
1023	21	Robson	Loc. cit., c. 19.	21-XI-1903	d.41	Da 7 anni disturbi gastrici; dolori, vomiti, emorragie.
1024	22	Childe	Brit. med. journ. 1901, v. 2.	1901	?	
1025	23	Blake	Annals of Surgery 1903, february.	1902	d.45	

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
v. Hacker.	Stomaco a clessidra ed ulcera alla parete anteriore, circa alla metà fra piloro e cardias; aderenze omentali.	Morte dopo 5 g. per inserzione difettosa dell'ansa digiunale nel terzo medio dello stom.; flusso di bile con fenomeni di stenosi.	
v. Hacker.	Indurimento cicatriziale della grossa curvatura. Aderenze perigastriche.	Vomito e diarrea. Guarigione	8-11-1900, morte di tubercolosi miliare.
G. E. fra sacca cardiaca e digiuno, poi G. E. fra sacca pilorica e tenue.	Le due cavità sono dilatate.	Guarigione completa dopo la 2 ^a operazione.	
v. Hacker.	Antica ulcera, con stomaco a clessidra.	Morte dopo 4 g. in collasso.	
v. Hacker.		Guarigione.	
v. Hacker.	Stenosi a 7 cm. dal piloro. Stomaco cardiaco voluminoso, pilorico molto piccolo.	»	Dopo 4 anni, bene.
Wölfler.	Aderenze; stenosi a 4 dita dal piloro.	Morte dopo 12 g.; segni di perforaz.	
v. Hacker.	Vicino al centro dello stomaco stenosi non molto forte.	Guarigione	
v. Hacker.	Dilatazione maggiore della bozza cardiaca.	»	Dopo 5 mesi ancora dolori e vomiti, poi cessati.
v. Hacker.	Stenosi a tre dita dal piloro. Più dilatata la sacca cardiaca.	»	
v. Hacker.	Stenosi non estrema; raggrinzamento ed ispessimento della parete anteriore.	»	Dopo 5 mesi, bene.
v. Hacker.	Ascesso perigastrico nel punto della stenosi; altra stenosi al piloro, con ascesso peripilorico.	Morte al 5° giorno.	
v. Hacker.	Piloro fisso per aderenze al fegato. Cingolo cicatriziale che divide una grande sacca cardiaca da una più piccola pilorica.	Guarigione	Dopo 2 anni, bene.
v. Hacker.	Stenosi nel centro del ventricolo.	»	XII-1903, bene.
Mattoli (antecolica ad Y, con anastomosi laterale).	Cingolo cicatriziale ader. in alto al fegato, che divide una grande sacca cardiaca ed una piccola pilorica.	»	
v. Hacker.	Aderenze fra lo stomaco e la parete anteriore che riproducevano la forma a clessidra quando l'ammal. era in piedi.	»	Maggio 1903, bene.
v. Hacker.	Stenosi molto grave.	»	XII-1903 rec. (ades.?).
v. Hacker.	Grossa sacca cardiaca, piccola pilorica. Aderenze.	»	Dopo 1 anno, bene.
v. Hacker.	Stenosi nel centro del ventricolo.	»	
v. Hacker.	La sacca cardiaca, posta sotto le coste, sfuggì all'osservazione.	Morte al 5° giorno.	
v. Hacker.		Guarigione	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
------------------------	------------------------	-----------	----------------------	-------------------	-------------	--------------------------------------

Gastro-enterostomia

1026	1	Mansell Moullin	Lancet 1904, v. 1. p. 95, c. 23.	XI-1903	d.36	Dolori e vomiti da 15 anni. Melena.
------	---	--------------------	-------------------------------------	---------	------	-------------------------------------

Gastro-enterostomia, gastro

1027	1	Mikulicz	Kausch, Mitteil. a. d. Grenz. Bd. 4, c. 12.	18-V-1897	u.39	Da 21 mesi forti dolori e vomiti.
1028	2	Schloffer	Bruns' Beitr. v. 32, c. 25.	17-VIII-1900	d.54	Da 25 anni disturbi gastrici. Vomiti, dolori, inappetenza, anemia.

Gastro-entero

1029	1	Carle	v. nostra casistica, c. 8.	21-IX-1895	d.39	Da 5 anni e 1/2, dolori ed altri sintomi di ulcera, con remissioni. Ora ancora nausee, vomiti, dolori; enorme depe- rimento.
1030	2	Id.	Id. c. 15.	23-V-1897	u.25	Da 10 anni dolori, eruttazioni, vomiti; dimagrimento spaventoso. Dila- tazione enorme del ventricolo.
1031	3	Tricomi	Policlinico 1900, c. 44.	5-V-1898	d.38	Da 10 anni gastralgie, vomiti.
1032	4	Id.	Id. c. 15.	4-VIII-1898	d.34	Da 4 mesi gastralgie. Tumore nella regione epigastrica.
1033	5	Catellani	Riforma med. 1899, v. 1, p. 244.	VII-1898	d.34	Da 4 mesi dolori all'epigastrio; da 2 mesi tumefazione sotto l'arco costale sinistro.
1034	6	Kümmell	Hamburg. Jahrb. Bd. 7, c. 19.	24-VI-1899	u.27	Da anni disturbi gastrici.
1035	7	Tricomi	Loc. cit., c. 27.	25-IX-1899	d.45	Da 5 anni dolori; poi vomiti, emate- mesi. Dimagrimento.
1036	8	Czerny	Jahresbericht d. Hei- delb. Klinik 1903.	13-XI-1901	u.33	Da 8 anni disturbi gastrici. Dila- tazione.
1037	9	Kümmell	Loc. cit. c. 21.	15-V-1901	d.46	Sintomi di stenosi; palpabile un tu- more.
1038	10	Id.	Loc. cit. c. 20.	15-V-1901	d.46	Da 3 anni disturbi.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
------------------	----------------------	----------------	--------------

ed enteroanastomosi.

v. Hacker. Enteroanastomosi.	Ulcera alla piccola curvatura; aderenze all'omento.	Guarigione
---------------------------------	--	------------

plastica ed enteroanastomosi.

Wölfler, gastrop- lastica, enteroanastomosi con bottone.	Ulcera della piccola curvatura, stenosante.	Guarigione	Dopo 14 mesi, bene.
Wölfler, gastrop- lastica, enteroanastomosi	Restringimento profondo cica- triziale vicino al piloro. Sto- maco pilorico più piccolo.	»	Dopo 1 anno, bene.

stomia col bottone.

Wölfler.	Cicatrice spessa ed irregolare, dalla piccola curvatura sulle due faccie. Sacca superiore di volume triplo dell'inferiore, che è fortemente contorta in alto ed in avanti.	Guarigione	Morte dopo 1 mese per ristagno nella saccoccia inferiore.
v. Hacker.	Restringimento anulare nel tratto medio, non molto forte. Piloro duro con peripilorite.	»	
Roux.	Stenosi cicatriziale anulare del piloro; perigastrite adesiva alla parete anteriore. Stomaco a clessidra; gastrectasia.	»	
Roux, lisi.	Ulcera nella parete anteriore, aderente alla parete addomi- nale. Stomaco a clessidra. Aderenze gastro-epatiche.	»	
Roux.	Aderenza dello stomaco colla parete addominale anteriore, estesa come moneta da 5 cent. Sezione dell'aderenza e introttesione della super- ficie cruenta della parete sto- macale. Sacca cardiaca di volume doppio della pilorica.	»	Dopo 6 mesi, bene.
Wölfler.		»	
Roux.	Ulcera multipla della piccola curvatura e della parete ante- riore. Sacca cardiaca doppia della pilorica.	Bottone al 12° gior. Guarigione	
v. Hacker.		Morte dopo 4 gior- ni per debolezza car- diaca. Guarigione	
Wölfler.	Dilatazione; aderenze posterio- ri. Strozamento alla grande curvatura.	Bottone al 16° gior.	
Wölfler con bottone di Hildebrand.	Cicatrice alla parete anteriore.	Guarigione Bottone al 16° gior.	

Num. prog. generale	Num. prog. parziale	Operatore	Indicaz. Bibliograf.	Data d'operaz.	Sesso - Età	Durata della malattia Indicazioni
------------------------	------------------------	-----------	----------------------	-------------------	-------------	--------------------------------------

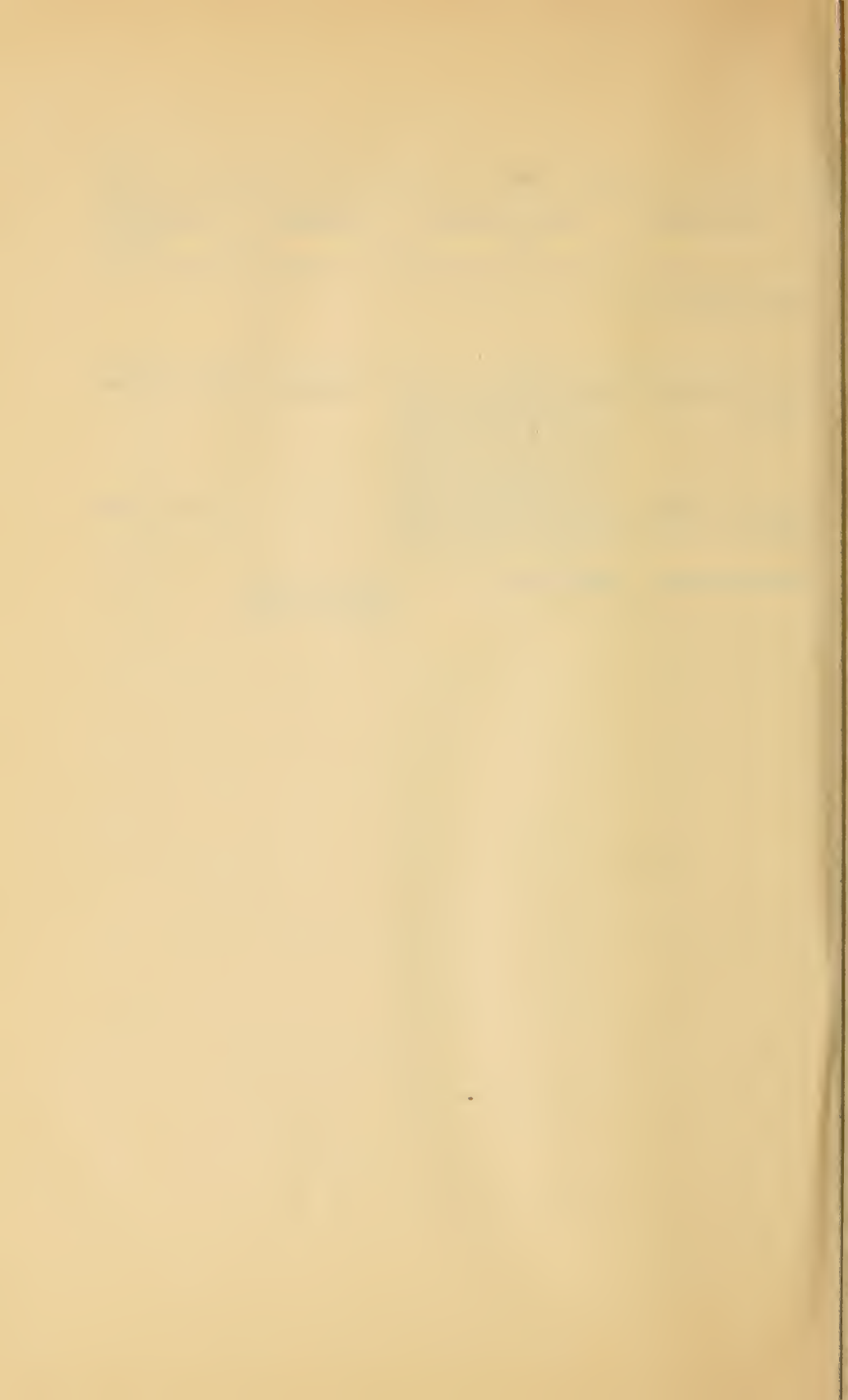
Interventi

1039	1	Mitchell	Lancet 1903, v. 2, p. 592, c. 15.	20-X-1902	d.32	Da anni disturbi gastrici; nausea, dolori, vomiti.
1040	2	Id.	Id. p. 588, c. 5.	24-IX-1902	d.29	Da 6 mesi vivi dolori, vomiti, ematemesi; dimagrimento.
1041	3	Bier	A s b e c k, Diss. Kiel 1898.	1898	d.20	Da tempo disturbi gastrici: ematemesi. Dilatazione.

Metodo Operativo	Reperto d'operazione	Esiti prossimi	Esiti remoti
------------------	----------------------	----------------	--------------

diversi.

Affondamento dell'area ulcerata senza aprire lo stomaco.	Ulcera circondata da una zona di indurimento aderente alla parete addominale anteriore ed al lobo sinistro del fegato. Sciolte le aderenze, l'ulcera si trova nella piccola curvatura, superficie posteriore, producendo una iniziale costrizione a clessidra.	Guarigione	Dopo 6 mesi, bene.
Affondamento dell'area ulcerata.	Aderenze fra stomaco e parete. Ulcera alla piccola curvatura, verso il mezzo, ancora in atto.	*	Dopo 1 anno, bene.
Gastro-duodenostomia.	Piloro molto duro.	Morte. Si era considerata la sacca pilorica per tutto lo stomaco.	



INDICE

CAPITOLO I. — Definizione, eziologia e patogenesi, anatomia patologica dell'ulcera gastrica.

Definizione	Pag. 1
Eziologia e patogenesi	2
Anatomia patologica	4
Generalità	ivi
Perigastrite	6
Ulceri callose penetranti	ivi
Perforazione dell'ulcera	8
Ascesso subfrenico	12
Ascessi intraperitoneali al di fuori dello spazio subfrenico	16
Ascessi perigastrici	ivi
Contenuto in germi e virulenza dei liquidi versati	17
Emorragie	19
Cicatrici	21
Stenosi pilorica cicatriziale	ivi
Stomaco a clessidra	22
Degenerazione cancerosa dell'ulcera	23

CAPITOLO II. — Sintomi, decorso, complicazioni ed esiti dell'ulcera gastrica.

1. Ulceri gastriche in corso d'evoluzione non complicate.	25
2. Emorragie	32
3. Ulceri callose (Ulcus-tumor). U. callose penetranti	37
4. Perigastriti adesive	48
5. Perforazione acuta dell'ulcera gastrica nella cavità peritoneale	52
6. Perforazioni dell'ulcera gastrica al di fuori della cavità peritoneale	58
1. Fistole gastriche spontanee	ivi
2. Fistole gastro-coliche	60
3. Fistole fra tenue e stomaco	ivi
4. Fistola gastrico-biliare	61

5. Fistola gastro-renale	Pag. 61
6. Fistola gastro-ureterale	ivi
7. Fistole gastro-pleuriche e gastro-polmonari	62
8. Perforazioni acute nel pericardio e nel cuore	ivi
9. Perforazioni acute nel lume dei grossi vasi	63
7. Ascesso perigastrico ed altri ascessi intraperitoneali.	
Ascesso subfrenico	ivi
1. Ascesso perigastrico	ivi
2. Altri ascessi intraperitoneali	65
3. Ascesso subfrenico	66
8. Stenosi pilorica cicatriziale	68
9. Stomaco a clessidra	73
10. Degenerazione cancerosa dell'ulcera gastrica	77
CAPITOLO III. — Diagnosi dell'ulcera gastrica e dei suoi postumi.	80
1. Ulcera in corso di evoluzione	81
2. Ulcere callose penetranti	88
3. Perigastriti adesive	89
4. Perforazioni dell'ulcera gastrica	90
5. Ascessi perigastrici, subfrenici, ecc.	96
6. Stenosi pilorica cicatriziale	98
7. Stomaco a clessidra	103
CAPITOLO IV. — Trattamento interno dell'ulcera gastrica e delle sue complicanze ed esiti.	
Profilassi	105
Trattamento dell'ulcera in corso d'evoluzione	ivi
Trattamento delle complicanze ed esiti	117
CAPITOLO V. — Trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica, delle sue complicanze e dei suoi esiti.	121
1. Cenno storico allo sviluppo della chirurgia del ventricolo in rapporto all'ulcera gastrica	123
2. Trattamento chirurgico dell'ulcera in evoluzione	130
1. Resezione	ivi
2. Gastro-enterostomia	133
3. Piloroplastica	148
4. Gastrolisi	150
5. Interventi esplorativi	152
6. Altri interventi	154
1. Legatura in massa dell'ulcera	ivi
2. Sutura dell'ulcera	155
3. Legature vasali	ivi
4. Digiunostomia	156
5. Digiunostomia associata a gastro-enterostomia.	158
6. Esclusione del piloro	159

3. Trattamento chirurgico delle perforazioni acute delle ulcere gastriche nella cavità peritoneale	Pag. 160
4. Trattamento chirurgico delle perforazioni di ulcere gastriche al di fuori della cavità peritoneale	173
5. Trattamento dell'ascesso subfrenico e degli altri ascessi da perforazione di ulcera gastrica	175
1. Ascessi perigastrici	ivi
2. Altri ascessi intraperitoneali da perforazione, al di fuori dello spazio subfrenico	177
3. Ascessi subfrenici	ivi
6. Cura chirurgica delle stenosi piloriche cicatriziali da ulcera	182
1. Resezione	ivi
2. Divulsione	185
3. Gastro-enterostomia	187
4. Piloroplastica	193
5. Gastro-duodenostomia	196
6. Gastro-enterostomia associata ad esclusione del piloro	198
7. Trattamento chirurgico dello stomaco a clessidra	200
Gastroplastica	204
Gastroanastomosi	206
Gastro-enterostomia	207
Affondamento dell'ulcera	210
Gastro-duodenostomia	211
Resezione. Gastrectomia parziale	ivi
8. Di alcune più importanti complicazioni della gastro-enterostomia per ulcera in atto e per stenosi da ulcera	213
1. Circolo vizioso	ivi
2. Diarrea fetida	218
3. Ulcera peptica del digiuno	219
4. Eviscerazione spontanea	220
9. Esiti funzionali della gastro-enterostomia	221
1. Attività motoria del ventricolo	222
2. Capacità del ventricolo	225
3. Funzionalità del neopiloro	226
4. Chimismo gastrico	228
5. Riflusso della bile e del succo pancreatico nel ventricolo	230
6. Funzioni intestinali	231
7. Secrezione urinaria	ivi
8. Ricambio materiale	ivi
10. Esiti funzionali della piloroplastica	232
11. Risultati funzionali della resezione del piloro	234

12. Risultati generali della gastro-enterostomia, della piloro- plastica e della resezione, nell'ulcera in atto e nelle stenosi da ulcera	Pag. 235
13. Scelta del metodo	237
14. Indicazioni generali all'intervento nell'ulcera gastrica e nei suoi postumi	244
Note alla casistica del Prof. Carle	250

Storie cliniche degli operati dal Prof. A. Carle 261-348

Statistica Pag. 1

I. Trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica in evo- luzione	III
Resezione	IV
Resezione e gastro-enterostomia	X
Escisione e plastica	X
Gastro-enterostomia senza bottone	XII
Gastro-enterostomia ed enteroanastomosi	XXVIII
Gastro-enterostomia e digiunostomia	XXX
Gastro-enterostomia con bottone	XXX
Piloroplastica	XXXVI
Gastrolisi	XXXVIII
Interventi diversi	XL
Interventi esplorativi	XL
Digiunostomia	XLII
Gastro-enterostomia ed esclusione del piloro.	XLII
Varia	XLIV
II. Trattamento chirurgico della stenosi pilorica cica- triale da ulcera	XLVII
Resezione	XLVIII
Resezione e gastro-enterostomia	L
Resezione e plastica.	LII
Gastro-enterostomia senza bottone	LII
Gastro-enterostomia ed enteroanastomosi	LXX
Gastro-enterostomia col bottone	LXXII
Piloroplastica	LXXXVI
Gastro-duodenostomia	XCII
Gastro-enterostomia ed esclusione del piloro	XCIV
III. Trattamento chirurgico dello stomaco a clessidra da ulcera	XCVI
Gastroplastica	XCVIII
Resezione	C
Resezione e gastroplastica	CII
Gastrectomia anulare	CII

Gastroanastomosi	<i>Pag.</i> CII
Gastroanastomosi ed escisione	CIV
Gastroanastomosi e gastro-enterostomia	CIV
Gastro-enterostomia senza bottone	CIV
Gastro-enterostomia ed enteroanastomosi	CVIII
Gastro-enterostomia, gastroplastica ed enteroana- stomosi	CVIII
Gastro-enterostomia col bottone	CVIII
Interventi diversi	CX



Errata-Corrige.

Pag.	3	riga	4 e 7	o/oo	=	o/o
»	7	»	34	LXX, 1903	=	v, 1900
»	10	»	34	anatamo	=	anatomo
»	162	»	6	Keetle	=	Keetley
»	207	»	8	anastomosie	=	anastomosi
»	250	»	9	22	=	21
»	255	»	4	elettica	=	elittica

